

תאריך חתימת המסמך : 1.7.24

התובע : **אליהו דרוויש, ת"ז 022455919**
מרחוב הרצל 37, אור יהודה

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת : **הראל חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
טל' : 03-7547709 ; פקס : 03-7348177
דוא"ל : tviot.hova@harel-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדיון :

1. התובע, יליד 8/7/1966, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 83-765-26 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור תשלום המבטחת-צד ג', תמונות וצילום רישיון רכב, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, נהג מונית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

7. בתאריך 16/8/2023, בכפר חב"ד, היה הרכב הנהוג ע"י התובע, מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 93-371-54 (להלן: "**הרכב המעורב**") והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. יצויין כי המבטחת של הרכב המעורב, הפניקס חברה לביטוח בע"מ, שילמה לתובע את נזקי הרכוש אשר נגרמו מחמת התאונה.
9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש בצוואר ובגב עם בחילות וסחרחורות, ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, מנוחה בת 3 ימים ונטילת משככי כאבים.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות הצוואר, שכמה שמאל והגב טופל והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

11. כמצוות רופאיו, ביצע התובע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הגבלה בתפקוד וכאב מעיר משינה והוא הופנה להמשך טיפול.
12. התובע טופל ע"י אורתופד בקהילה ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הקרנת הכאבים לגפיים העליונות החליט על הפנייתו להמשך טיפולי פיזיותרפיה לצורך שיפור הטווחים והפגת הכאב, המשך מעקב רפואי וטיפול תרופתי לשיכוך כאב.
13. בדיקת הדמיה שביצע וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה לחץ על השורש השמאלי בגובה C5-C6 והוא הופנה לבניית המשך טיפול.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים העליונות, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בהרמה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע, נהג מונית בעיסוקו, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נבצר ממנו לעבוד במשך שעות ארוכות ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|--|----------|
| פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – | ₪ 55,850 |
| עזרת הזולת בעבר – | ₪ 7,000 |
| הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 8,250 |
| הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר – | ₪ 12,500 |
- ב. נזק כללי:
- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
- (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

19. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

20. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור תשלום נזק רכוש-תמונות וצילום רישיון רכב מעורב (עמודים 7 עד 14)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 16 עד 33)	16
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 35 עד 35)	35
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 37 עד 40)	37



נספח 1 :

אישור תשלום נזק רכוש-תמונות וצילום רישיון רכב מעורב

(עמודים 7 עד 14)



דף : 1 מתוך 2
תאריך : 24/08/2023
מספר אסמכתא : 2

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות

לכבוד
אלהו דרווים
הוצג 37
אור יהודה 60211

1.4.2

הנדון: הודעת תשלום חלקי בגין נזק תאונתי אירוע מיום 16/08/2023

מספר תביעה : 23/152/37274
פרטי המבוטח : שם : אליאס עוז
מספר רישוי : 9337154
מספר פוליסה : 22/086/041/7984574
שם המוצר : "הפניקס זהיר" - פוליסה לביטוח רכב פרטי ומסחרי (עד 3.5 טון)
שם ענף : ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי)
סיווג התוכנית : אישי
סוג אירוע : נזק תאונתי
פרטי צד ג' : שם : אלהו דרווים
מספר זהות : 22455919
מספר רישוי : 8376526

הרינו להודיע כי הסכום לתשלום הינו 11,909 ₪ כמפורט להלן:

רכיב הנזק	נדרש	אושר
סך הנזק	9,923	9,923
ערך רכב ליהדות ערך		32,555
אחוז ליהדות ערך		4 %
סכום ליהדות ערך		1,302
שכר טרחת שמאי	684	684
מי עמידה	900	
סה"כ	11,507	11,909

חישוב הצמדה

סכום הנזק	11,909
מתאריך	16/08/2023
עד תאריך	24/08/2023
סכום הצמדה	0
סכום כולל הצמדה	11,909

סה"כ לתשלום: 11,909 ₪

J8107347

0120500004

דף : 2 מתוך 2
תאריך : 24/08/2023
מספר אסמכתא : 2

בהתאם להוראות יועבר סך של 11,909 ₪ לחשבון מספר 23617630 בבנק יורו טרייד בע"מ סניף 1 תל אביב

החשבון יזכה עד לתאריך 30/08/2023.

בפידה והתאריך הנ"ל אינו יום עסקים במערכת הבנקאית, יועבר הסכום ביום העסקים הראשון שלאחריו.
היום להודיע, כי ביום 22/08/2023 היו בידנו מלוא המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

במידה וסכום הפיצוי אינו כולל מע"מ ויומא לדינו אישור מר"ח או מרשויות המס בדבר שיעור המס המותר בניכוי, ישולמו לך הפרשי המע"מ בהתאם לאישור שיומא על ידך.

הסכומים כוללים הצמדה מכוח סעיף 28 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 ועל פי סעיף 7 לחוק פסיקת רבית והצמדה, תשל"א-1981.

תקופת ההתיישנות הינה 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בתביעת מבוטח ו 7 שנים בתביעת עד ג', וזאת בכפוף להוראות הדין.
חודגש בזאת, כי אין די בהגשת תביעה לחברתנו כדי לעצור את מרוץ תקופת ההתיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות, הכל בהתאם להוראות הדין.

הנך רשאי להשיג על החלטות החברה בכתב, וכן הנך רשאי להגיש תווית דעת חומחה מטעמך. הנך זכאי להביא את השבתך בפני הגורם המטפל ולחלופין בפני הממונה על פניות הציבור בחברה, באמצעות הדואר לכתובת הרשומה מעלה, או באמצעות פקס מספר: 03-7336950, או באמצעות דואר אלקטרוני: pnioth@fnx.co.il.
כמו כן זכותך להביא את השבתך בפני גורמים נוספים ובכלל זה ערכאות שיפוטיות, או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

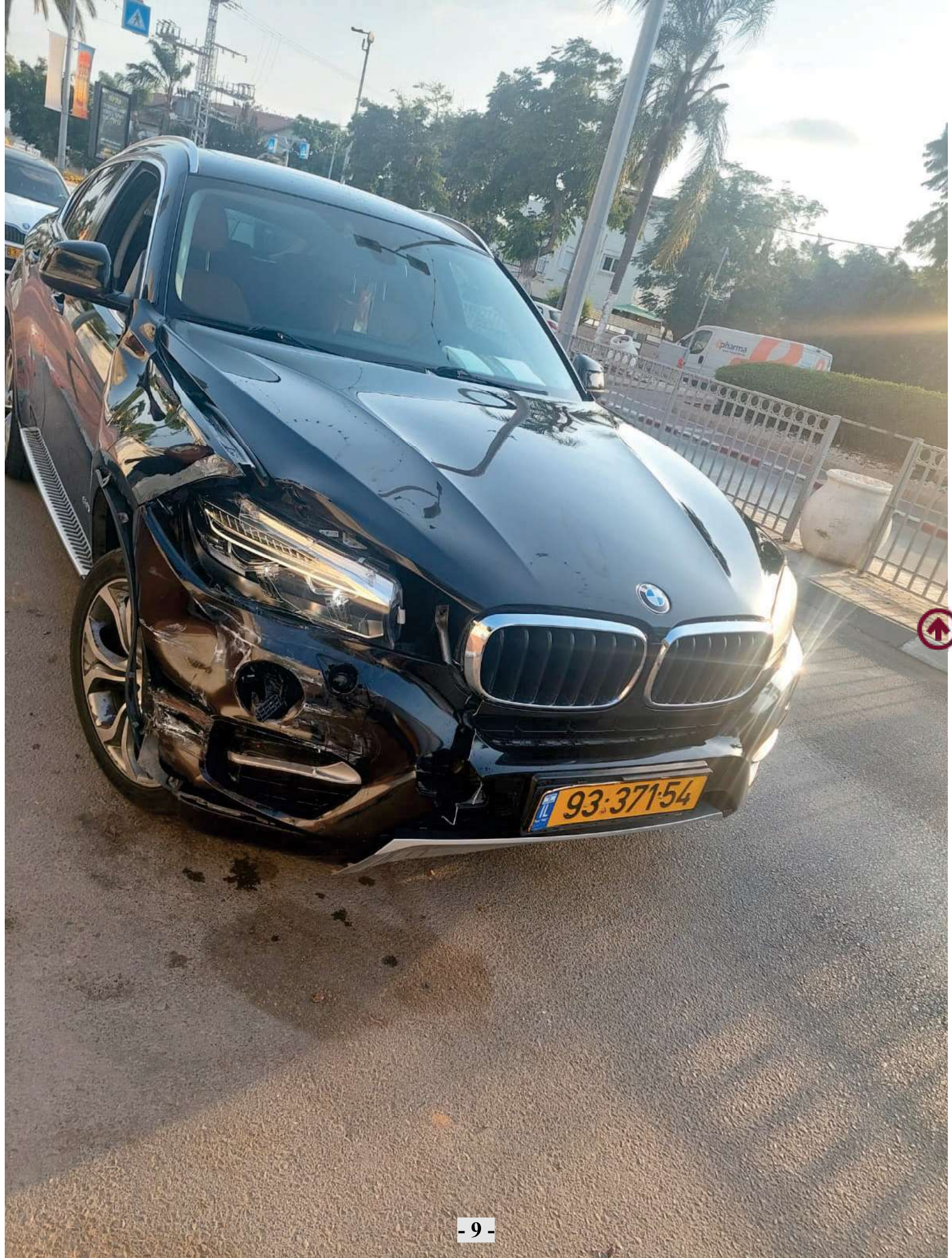
בכבוד רב,
הופגל דניאל
מחלקת תביעות רכב רכוש

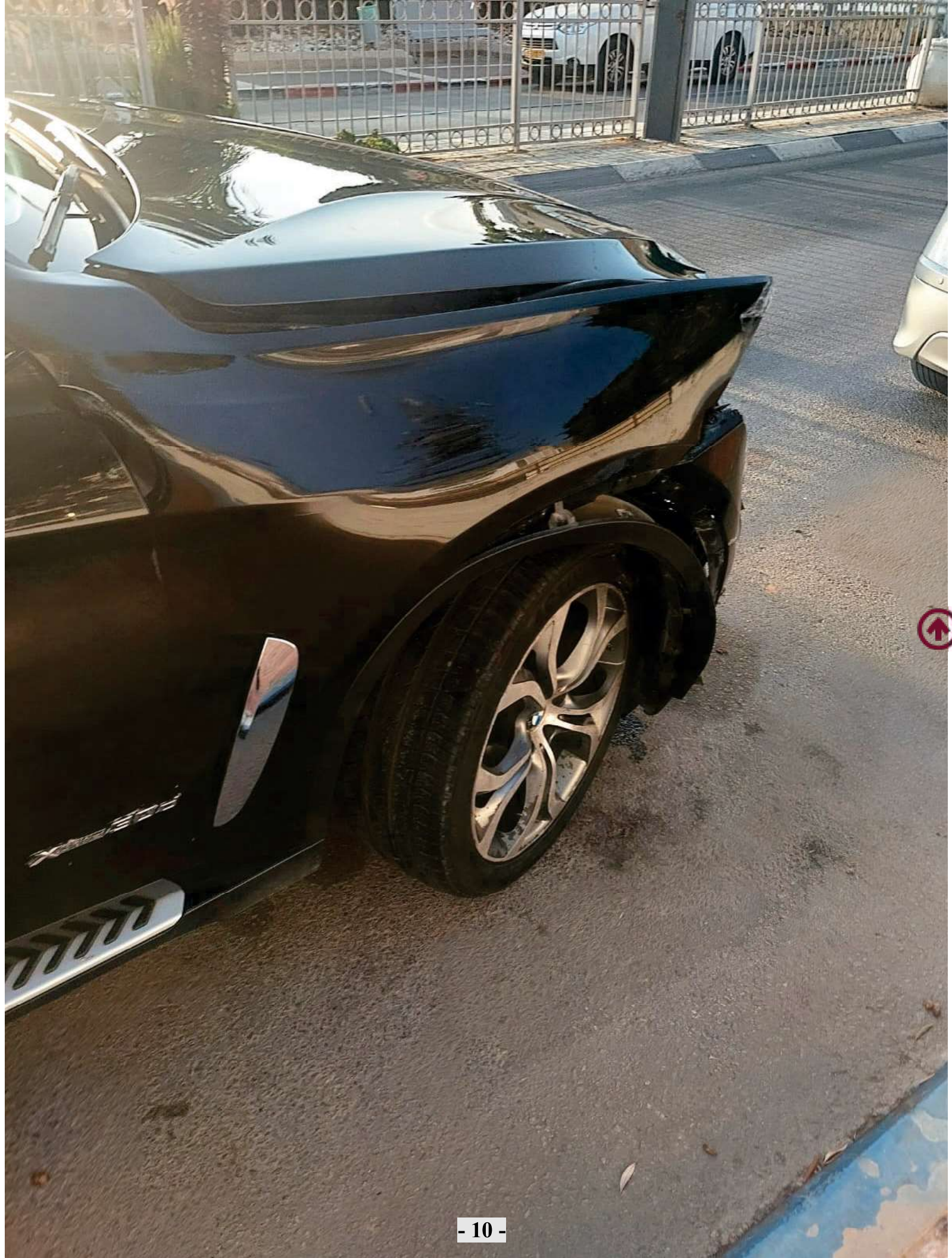
העתק
גפן ביטוחים

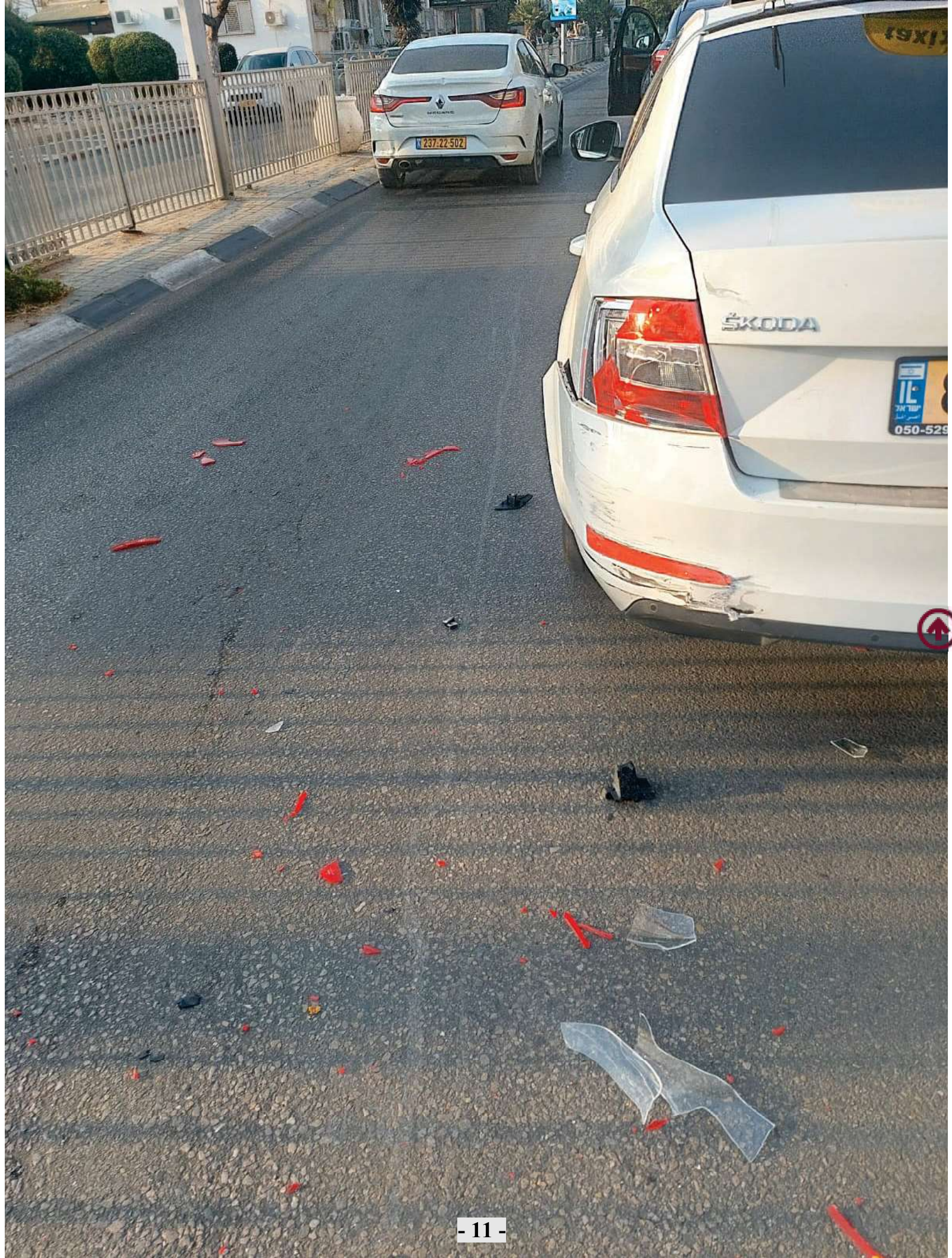
012050004

J8107347

ט.ל.ח









ולסיני ממוני, על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחרותי שניתן עליו רשיון כדי תחרותי, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מרוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחרותי", "נהיגה ספורטיבית", "קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ורשיון כלי תחרותי - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק האמור.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב; (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסוגל "מונית" ברשיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור; (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

22 (ג) בעל פוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבתה בהודעה למבטח; תקופת ההשבתה תסתיים במועד המצוין בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשבתה לא יהיה למפרע.

חלק ב' - פוליסה לביטוח סחר - רכב חובה ולפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל - 1970) 5. מטרת השימוש המותרת תבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לשם סחר ברכב, בדיוק הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחנינו, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים.

6. בני האדם הרשאים לנהוג ברכב רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב, בכפוף להוראות סעיף (א)2(2) להלן.

7. (א) אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה: (1) שימוש ברכב למטרות פורטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיוק הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחנינו לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינם מטרה עסקית מאלה:

(א) הוראת נהיגה; (ב) הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת; (ג) חילוץ או ריקון של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.

(2) נהיגה ברכב בידי מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או הנהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר לפחות אחד מהם נמצא ברכב; (3) שימוש ברכב מנועי הרשום במשטרה הרשמי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.

(ב) הגבלה לשימוש: (א) פוליסה זו תוגבל לשימוש באופנועים בלבד, רק אם הגבלה כאמור צוינה במפורש בתעודת הביטוח. חבות המבטח לפי פוליסה זו תוגבל לשימוש באופנועים בלבד, רק אם הגבלה כאמור צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

שם לב: מסירת תשובה שאינה מלאה ובנה כיום סרית חובה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

הנתיב המהיר

סיימים בשביליך טיפול זביעה עד 10 ימים. ירסום זה הינו תמצית בלבד ידיות המבטח קיינו בהתאם נאצי הפוליסה וסיימה

זיין למרכז תביעות הפניקס

5070* שעות ביממה 24

מס' רישוי	מס' שילדה	בהתאם לרישיון	סוג הרכב	יצרן/דגם	סמ"ק/סיון	עלויות לכביש	שנות ייצור/מנוע	מס' מסעים
9337154	2101F0N21366	M1	30D X-6	ב.מ.וו.	2993	2016	1+4	1

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבוק, אך לא לפני: 31/10/2022 מועד פקיעת הביטוח: 31/10/2023 בחמת

תיאור הרכב לצורך ביטוחו: רכב פרטי בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מי מהם רשאים לנהוג ברכב. נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי האמור בסעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: תבות המבטח חלה אך ורק אם בקרות מקרה הביטוח, הרכב שימש את המבטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(א)(1).

מטרות עיסוקיות שאינן כלולות: כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(א)(2), 6(א)(3), 6(א)(4).

שימושים ברכב שאינם מכוסים: כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(ב), 6(ג).

הרחבות לכיסוי הביטוחי: אין הרחבות

סה"כ 1505.00 דמי ביטוח

8-10 24/07/2023 - 13 -



רישיון רכב



בתיקף עד

16/02/2024

30842844-0

מספר זהות

מסוג M1 פרטי נוסעים

מספר רכב

9337154

בעלים

אליאס עוז עזרא

מען

מונטיפיורי 19 אור יהודה 60209

31/10/22

תאריך בעלות

24/07/23

תאריך הדפסה

17/02/16

תאריך רישום

רישום מקורי

03

בעלים קודמים

BAKV2101F0N21366

מספר שילדה

מועד עליה לכביש 02/2016

ב מ ו

תוצר פנוע

1

מקומות ישיבה למעט הנהג

57D30A

דגם פנוע

2993

סוג דלק דיזל טורבו

369161

מספר סמל

R20 106 W/275/40

צמיג קדמי

שחור מטלי

צבע

R20 110 W/315/35

צמיג אחורי

רוחק סרנים

4X4

משקל עצמי

2780

משקל כולל

רשיון נהיגה מתאים B

אין

ו גרידה

משקל מורשה

ב- 105,501 02/11/2022 ק"מ

רמת אבזור בטיחות 0

דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום

בעלים נוספים:

פנאי-שטח

מרכב

KV21

דגם

ב מ ו ארה"ב

תוצר

7 קבוצת רישוי

SPORT

רמת ניהול

X6 XDRIVE 30D

כינוי מסחרי

קוד

הוראת רישום

חלון בנ

אוטו

ABS

כריות אוויר

דרגת זיהום אוויר

בקרית יציבות

הספק (כ"ס)

00722-0114

15-0278

כ

כ

כ

6

15

כ

258.00

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

שעבוד לפמה אשראי לרכב בע"מ



ת.תשלום 13/06/23 סך 2538.00 ש"ח;

רשומון יבוא 630167393

הסכום לתשלום (ש"ח)

כפל

פטור

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני 5678*

לתשלום סכום באחד האפשרויות

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

9337154-24-0

בעל הרכב

אליאס עוז עזרא

מונטיפיורי 19

60209

אור יהודה

מספר הרכב

9337154-24-0

הסכום לתשלום (ש"ח)

כפל

פטור

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 16 עד 33)



The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

22455919 דרוש אליהו

בן: 57

כתובת: הרצל 37 אור יהודה . אור יהודה 6021137
מספר קבלה: 04610116082023
תאריך ביקור: 16/08/2023 22:40

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- SMOKER - HEAVY S/P
- PERICARDITIS S/P

ניתוחים בעבר

S/P MOHS MICROGRAPHIC SURGERY 4207 (86.24) (12/10/2021)
S/P 929802 Primary צנתור לב טיפולי דחוף (36.07) (RR) (20/03/2022)



לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בן 57, מעורב בתאונת דרכים עם רכב, לדבריו עמד עם רכבו בצד, נכנס בו ג'פ מאחור, נחבל בגב צוואר.

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר רחמימוב עמרי מ.ר. 170679 16/08/2023 23:39
בן 57, ברקע IHD, דיסליפידמיה נוטל פלוויקס לדבריו, ביום קבלתו נפגע בתאונת דרכים כנהג. חגר חגורת בטיחות, ללא פתיחת כריות אוויר, מנגנון אחורי. ללא חבלת ראש, ללא איבוד הכרה. תחושת בחילה בלבד ללא הקאות. כעת מלין על כאבי צוואר וגב. ללא הפרעה סוגרית או חולשה בגפיים. בבדיקה: מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. רגישות דיפוזית קלה על פני רקמה רכה פראוורטברלית מותנית וצווארית. סטטוס נוירולוגי תקין תחושתית ומוטורית דו"צ לפי ASIA C5-T1 5/5 ולפי ASIA L2-S1 5/5. הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול. משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
16/08/2023 23:40	דר' רחמימוב עמרי מ.ר. 170679	-המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע -מנוחה / חופשת מחלה 3 ימים -שיכון כאב לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושתית או מוטורי או כל החמרה אחרת,	

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

יש לפנות לרופא

-קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני

-בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח



נחתם ע"י: דר' רחמימוב עמרי מ.ר. 170679

חתימה: _____
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חניגם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל

כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה



תאריך: 23/08/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דרוים אליהו	מס זהות:	00022455919	גיל:	57.01	מין:	ז
ת.לידה:	08/07/1966	ישו:	אור יהודה	רחוב:	הרצל	טלפון נוסף:	50-6060101	
מס בית:	37	טלפון:	50-6060101					

מספר הפניה: 35255018135

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255018135

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



034406

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת

CERVICALGIA

תלונות / סיבת הפניה ברקע מחלת לב איסכמית (לאחר אוטם וצנתור LAD במרץ 22), אס"ק לב (EF45%), כאבי צוואר עם שינויים ניווניים, כבד שומני, גסטריטיס והיאטל הרניה (אפריל 23).
מטופל בקרדילוק 1.25, טריטיס 5, ליפיטור 10, פליבקס, נקסיום 40.
בדיקות מעבדה פברואר-מאי 23 - סוכר 92, מסוכרר 4.5%, LDL 44, כימיה עליית בילירובין (ידוע שנים), ספירת דם תקינה, משק ברזל תקין.

**

23/08/2023

לפני כשבוע ת"ד. היה במיון וגם "בטרם" ללא ממצאים. כעת כאבים בעיקר בצוואר ושכמה שמאל. מופנה לפיזיותרפיה + רפואה משלימה. אורטופד עצמאית.

סימנים חיוניים:

גובה	178	10/07/2023	משקל	73	10/07/2023	bmi	23.04
לחץ דם	124 / 82	10/07/2023					
דופק	78	10/07/2023	סדיר				
NYHA:	1	עודכן ב 10/07/2023	EF (%)	45	עודכן ב 10/07/2022	eGFR	74.19
FEV1 (%)	68	עודכן ב 03/08/2021	FVC (%)	71	עודכן ב 03/08/2021	FEV1/FVC	0.77

מתאריך 23/05/2023

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
14/07/2011	DISC HERNIATION	CERVICALGIA
07/04/2022		MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE
07/04/2022		CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
07/04/2022		HEART FAILURE WITH SYSTOLIC DYSFUNCTION
23/05/2022		IMPOTENCE PSYCHOGENIC
07/07/2022		FOLIC ACID DEFICIENCY
24/07/2022		HEMORRHOIDS
03/04/2023		GASTRITIS - UNSPECIFIED
03/04/2023		ESOPHAGITIS
27/04/2023		HYPERCHOLESTEROLEMIA

תולדות עבר

7 ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

23/08/2023

הודפס ע"י ד"ר ליאור פלוט

00022455919

דרוים אליהו

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2021	01/01/1986		SMOKER
25/09/2022	03/04/2017	לא משמעותי	CARDIOVASCULAR ATHEROSCLEROSIS
25/09/2022	07/07/2022		ANEMIA OTHER/UNSPECIFIED

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	1	RAMIPRIL 5MG TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75MG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	BISOPROLOL FUMARATE 1.25MG TAB 1.25MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 4 100MG

****נחתם דיגיטלית****

34406

ד"ר ליאור פלוט

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



ס.ה.ר 7

הפניה למכון פזיותרפיה

דרוס אליהו

****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

דף 2

23/08/2023

הידפס ע"י ד"ר ליאור פלוט

00022455919

07/11/2023 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל				
דריס אליהו	00-02245591-9	57.04	08/07/1966	קרים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
הרצל	37 /	50	-060101	טלפון נוסף
אור יהודה	רחוב	מס בית	טלפון	ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230499562 מספר זיהוי הפניה: 35255018135

תאריך הפניה: 23/08/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר ליאור פלוט

מרפאה: מרפאת גורדון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
		CERVICALGIA



אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 07/09/2023 תאריך סיום טיפול: 07/11/2023

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
4	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
2	הדרכה לתרגול בבית
5	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה
3	טיפול ברקמה רכה
3	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
3	טיפול עם מכשיר זרמים

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
2	טיפול ב-TENS
2	תרגול כללי
1	תרגילי חיזוק
1	טיפול ב-Hot Pack
1	הערכה מחדש- בדיקה

סיבת סיום טיפול:

כאבים:

איבר	צד	פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	שמאל	8	7

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: 07/11/2023 כאב בעמש"צ וג"ת
הגבלה בתנועות עמש"צ בעיקר לשמאל ROT
קושי בתפקוד היומי - נהיגה ממושכת
לסרוגין כאב בלילה מעיר משינה

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
05/11/2023
29/10/2023
24/10/2023
22/10/2023
17/10/2023
15/10/2023
10/10/2023
05/10/2023
26/09/2023
10/09/2023
07/09/2023
07/11/2023



0047835-40 : 0047835-40
מסלול טיפול
מסלול טיפול
מסלול טיפול

חתימה וחותמת

אזוגי רונן

שם מטפל

תאריך: 09/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי: דרוס אליהו	
מס זהות: 00022455919	גיל: 57.04 מין: ז	ת.לידה: 08/07/1966	מס בית: 37
רחוב: הרצל	טלפון: 50-6060101	אור יהודה	שוב: טלפון: 50-6060101

מספר הפניה: 39278025112

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278025112

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



127132

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בן 57

אחרי MI

נהג מונית

16.08.2023 עבר ת"ד (נכנסו בו מאחור) קינמטיקה נמוכה. ללא פתיחה של כריות אוויר.

השלים 12 טיפולים של פיזיותרפיה עדין כאבי צוואר והגבלה לדבריו.

בבדיקתו ללא רגישות בניקוש עמוד שידרה צווארי. לרמיט תקין ספורליניג תקין כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים עליונות DEL, BiC, TRI, מכופפים, מישרים, ION אין חוסרים. שמור תחושתית. ללא רפלקסים פתולוגים ללא REVERS BRAC הופמן וטרמנר תקינים.

לסיכום מנגנון וויפלש שעדין לא החלים לגמרי זקוק לעוד פיזיותרפיה ומשככי כאבים.

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
14/07/2011	DISC HERNIATION	CERVICALGIA
07/04/2022		MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE
07/04/2022		CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
07/04/2022		HEART FAILURE WITH SYSTOLIC DYSFUNCTION
23/05/2022		IMPOTENCE PSYCHOGENIC
07/07/2022		FOLIC ACID DEFICIENCY
24/07/2022		HEMORRHOIDS
03/04/2023		GASTRITIS - UNSPECIFIED
03/04/2023		ESOPHAGITIS
27/04/2023		HYPERCHOLESTEROLEMIA

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/01/2021	01/01/1986		SMOKER
25/09/2022	03/04/2017	לא משמעותי	CARDIOVASCULAR ATHEROSCLEROSIS
25/09/2022	07/07/2022		ANEMIA OTHER/UNSPECIFIED

תרופות קבועות

7 ה.ר.0

הפניה לפיזיותרפיה

דרוס אליהו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

09/11/2023

00022455919 - 23 - דפס ע"י ד"ר אפרת דגלן

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב. ביום
SILDENAFIL TAB 100MG & 100MG	1	טבליות	1	ביום
ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG	1	טבליות	1	ביום
RAMIPRIL 5MG TAB 5MG	1	טבליות	1	ביום
CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75MG	1	טבליות	1	ביום
ATORVASTATIN TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום
BISOPROLOL FUMARATE 1.25MG TAB 1.25MG	1	טבליות	1	ביום

מטרת הבדיקה: שיפור טווחי תנועה צווארי לאחר וויפלש.

ד"ר אפרת דגלן

127132

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



7.ה.ר.0

הפניה לפיזיותרפיה

דרויס אליהו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

09/11/2023

פס ע"י ד"ר אפרת דגלן

- 24 -

00022455919

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 13 מרץ, 2024

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 022455919

, אליהו

דרויס

שם נבדק/ת:

06/03/2024

תאריך בדיקה

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד השדרה הצווארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיאליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

א. לפי הפלנר: מודגמת עמדה לורדוטית תקינה.

ב. בחתכים האקסיאליים:

בגובה C1-C5: תקינים.

בגובה C5-C6: הודגם אוסטאופיט אחורי שמאלי.

בגובה C6-D1: תקינים.

לחץ על השורש השמאלי בגובה C5-C6.

בסיכום:



בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר 8955 מ.ר.מ 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופאה המפנה/המטפלת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 2 מ-2

תאריך: 26/03/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דרוים אליהו
ת.לידה:	08/07/1966
מס בית:	37
מס זהות:	00022455919
גיל:	57.09 מין: ז
רחוב:	הרצל
טלפון נוסף:	50-6060101
אור יהודה	50-6060101
טלפון:	50-6060101

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/03/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/02/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/11/2023

בן 57

אחרי MI

נהג מונית

16.08.2023 עבר ת"ד (נכנסו בו מאחור) קינמטיקה נמוכה. ללא פתיחה של כריות אוויר.

השלים 12 טיפולים של פיזיותרפיה עדין כאבי צוואר והגבלה לדבריו. בבדיקתו ללא רגישות בניקוש עמוד שידרה צווארי. לרמיט תקין ספורלינג תקין כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים עליונות DEL, BIC, TRI, מכופפים, מישרים, ION אין חוסרים. שמור תחושתית. ללא רפלקסים פתולוגים ללא REVERS BRAC הופמן וטרמנר תקינים.

לסיכום מנגנון וויפלש שעדין לא החלים לגמרי זקוק לעוד פיזיותרפיה ומשככי כאבים.

12/02/2024

עדין כאוב. השלים פיזיותרפיה ללא הטבה משמעותית עדין מלין על כאבי צוואר. מבקש להמשיך פיזיותרפיה בנוסף היות והכאבים טרם חלפו או השתפרו ישלים CT עמש צווארי. לא מעוניין היות וסובל מקלסטרופוביה מבקש להמשיך בנתיים את הפיזיותרפיה

26/03/2024 יש עדין כאבים עם הקרנה לידיים זרמים בידיים

בדיקה גופנית: רגישות עפ עש צווארי כאב במבט לשמאל סי טי בסי 5 סי 6 לחץ על השורש

השמאלי

נישלח לפיזיותרפיה

קוד	אבחנה	איפיון
7245	BACKACHE	
7231	CERVICALGIA	

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/02/2024

ההפניות שהופקו ב 09/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

12/02/2024

ההפניות שהופקו ב 12/02/2024

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

26/03/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס

ברכה,

13022

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

26/03/2024

הודפס ע"י ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

00022455919

דרוים אליהו

תאריך: 26/03/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: דרויס אליה
ת.לידה: 08/07/1966
מס בית: 37
מס זהות: 00022455919
גיל: 57.09 מין: ז
רחוב: הרצל
טלפון נוסף: 50-6060101
אור יהודה
טלפון: 50-6060101

מספר הפניה: 32915001995

גורם שולח



2915

מספר הפניה



032915001995

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



013022

לכבוד: פיזיותרפיה
שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת: BACKACHE - C5/6

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/02/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/11/2023

בן 57

אחרי MI

נהג מונית

16.08.2023 עבר ת"ד (נכנסו בו מאחור) קינמטיקה נמוכה. ללא פתיחה של כריות

אוויר.

השלים 12 טיפולים של פיזיותרפיה עדין כאבי צוואר והגבלה לדבריו.

בבדיקתו ללא רגישות בניקוש עמוד שידרה צווארי. לרמיט תקין ספורלינג תקין

כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים עליונות DEL, BIC, TRI, מכופפים, מישרים,

ION אין חוסרים. שמור תחושתית. ללא רפלקסים פתולוגים ללא REVERS BRAC

הופמן וטרמנר תקינים.

לסיכום מנגון וויפלש שעדין לא החלים לגמרי זקוק לעוד פיזיותרפיה ומשככי

כאבים.

12/02/2024

עדין כאוב. השלים פיזיותרפיה ללא הטבה משמעותית עדין מלין על כאבי צוואר.

מבקש להמשיך פיזיותרפיה בנוסף היות והכאבים טרם חלפו או השתפרו ישלים

CT עמש צווארי. לא מעוניין היות וסובל מקלסטרופוביה מבקש להמשיך בנתיים

את הפיזיותרפיה

26/03/2024 יש עדין כאבים עם הקרנה לידים זרמים בידים

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
14/07/2011	DISC HERNIATION	CERVICALGIA
07/04/2022		MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE
07/04/2022		CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
07/04/2022		HEART FAILURE WITH SYSTOLIC DYSFUNCTION
23/05/2022		IMPOTENCE PSYCHOGENIC
07/07/2022		FOLIC ACID DEFICIENCY
24/07/2022		HEMORRHOIDS
03/04/2023		GASTRITIS - UNSPECIFIED
03/04/2023		ESOPHAGITIS
27/04/2023		HYPERCHOLESTEROLEMIA
14/03/2024	C5-C6	CERVICAL DISC DISPLACEMENT

7.ה.ר.

מסיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2021	01/01/1986		SMOKER
25/09/2022	03/04/2017	לא משמעותי	CARDIOVASCULAR ATHEROSCLEROSIS
25/09/2022	07/07/2022		ANEMIA OTHER/UNSPECIFIED

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG
ביום	1	טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	1	RAMIPRIL 5MG TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75MG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	BISOPROLOL FUMARATE 1.25MG TAB 1.25MG

ממצאים קליניים רגישות עפ עש צוארי כאב במבט לשמאל סי טי בסי 5 סי 6 י לחץ על השורש השמאלי
נשלח לפיזיותרפיה

13022

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



סיכום טיפול

תאריך 17/04/2024

פרטי המטופל	00-02245591-9	57.09	ז	08/07/1966	קרים
דריס אליהו	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	הרצל	37 /	מס בית	50 -6060101	טלפון נוסף
ישוב	רחוב			טלפון	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240500824 מספר זיהוי הפניה: 39278029332
תאריך הפניה: 12/02/2024
סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אפרת דגלן
מרפאה: מרפאת קריית אונו מקצועית
מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			BACKACHE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	3382	CHRONIC PAIN

תאריך תחילת טיפול: 12/02/2024

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 7 קבוצתי: 3

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
3	הדרכה לתרגול בבית
1	תרגול כללי
3	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
6	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה
1	קבוצת גב
1	הערכה מחדש- בדיקה

תאריך: 14/01/2024

סיכום טיפול

פרטי המטופל				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה
דרוים אליהו	00-02245591-9	57.06	ז	08/07/1966
שם האב	מס בית	טלפון	קריים	שם האב
אור יהודה	37 /	50 -6060101	טלפון	טלפון נוסף
הרצל	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230500105 מספר זיהוי הפניה: 39278025112
 תאריך הפניה: 09/11/2023
 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
 לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אפרת דגלן
 מרפאה: מרפאת קריית אוננו מקצועית
 מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	7245	BACKACHE



אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 21/11/2023 תאריך סיום טיפול: 14/01/2024

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 10

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
3	הדרכה לתרגול בבית
10	תרגול כללי
2	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
2	טיפול ב-Hot Pack
8	תרגילי גמישות
8	טיפול בשיקום תפקודי
5	תרגילי חיזוק
2	הערכה מחדש - בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	דו צדדי	8	5
כתף	שמאל	7	4

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: סיכום: -

בוצעה הערכה מחדש:

מצב לאחר תאונת דרכים ב-16.08.2023 מאז סובל מכאבים בצוואר ובכתף שמאל - הגיע לטיפול פיזיותרפיה ע"פ המלצה של רופא אורטופד. בבדיקתו כאבים של VAS 8/10 בצוואר והגבלה בטווחי תנועה. מטופל קבל סידרת טיפולים ל-10 מפגשים. נכון להיום המטופל עדיין מתלונן על כאבים בצוואר לסירוגין, מתאר הגבלה בתנועה אשר מלווה בכאבים בעיקר בזמן רוטציות, לדבריו, כאב מופיע בלילות לעיתים קרובות אשר גורמים לנדנודי שינה וקושי בשינוי תנוחה במיטה. בבדיקה: טווחי תנועה בצוואר - רוטציות הגבלה של 30%, פלקשן ואקסטנשן בגדר הנורמה אך כאב מופיע בסוף התנועה, כוח גס שמור, תחושה תקינה. הומלץ על המשך תרגול באופן עצמאי בבית והמשך בירור אצל רופא מטפל.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 14/01/2024
 10/01/2024
 07/01/2024
 31/12/2023
 24/12/2023
 20/12/2023
 17/12/2023
 10/12/2023
 03/12/2023
 21/11/2023



מכלית
 ממנו דן פ"ת
 מכון פיזיותרפיה
 רח' משה אביב 15, אור יהודה
 טל': 03-5387400 פקס: 03-5387401

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך: 12/02/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **דרוים אליהו**
מס זהות: **00022455919**
גיל: **57.07** מין: **ז**
ת.לידה: **08/07/1966**
מס בית: **37**
רצוב: **אור יהודה**
טלפון: **50 - 6060101**
רצוב: **הרצל**
טלפון נוסף: **50 - 6060101**

מספר הפניה: 39278029332

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278029332

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



127132

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/11/2023:

בן 57
אחרי MI
נהג מונית
16.08.2023 עבר ת"ד (נכנסו בו מאחור) קינמטיקה נמוכה. ללא פתיחה של כריות אוויר.
השלים 12 טיפולים של פיזיותרפיה עדין כאבי צוואר והגבלה לדבריו.
בבדיקתו ללא רגישות בנזקש עמוד שידרה צווארי. לרמיט תקין ספורליניג תקין
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים עליונות DEL, BiC, TRI, מכופפים, מישרים, ION
אין חוסרים. שמור תחושתית. ללא רפלקסים פתולוגים ללא REVERS BRAC
הופמן וטרמנר תקינים.
לסיכום מנגון וויפלש שעדין לא החלים לגמרי זקוק לעוד פיזיותרפיה ומשככי כאבים.
12/02/2024
עדין כאוב. השלים פיזיותרפיה ללא הטבה משמעותית עדין מלין על כאבי צוואר.
מבקש להמשיך פיזיותרפיה בנוסף היות והכאבים טרם חלפו או השתפרו ישלים CT עמש צווארי. לא מעוניין היות וסובל מקלסטרופוביה מבקש להמשיך בנתיים את הפיזיותרפיה



בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
14/07/2011	DISC HERNIATION	CERVICALGIA
07/04/2022		MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE
07/04/2022		CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
07/04/2022		HEART FAILURE WITH SYSTOLIC DYSFUNCTION
23/05/2022		IMPOTENCE PSYCHOGENIC
07/07/2022		FOLIC ACID DEFICIENCY
24/07/2022		HEMORRHOIDS
03/04/2023		GASTRITIS - UNSPECIFIED
03/04/2023		ESOPHAGITIS
27/04/2023		HYPERCHOLESTEROLEMIA

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2021	01/01/1986		SMOKER

7 ה.ר.0

דף 1

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

הפניה לפיזיותרפיה

12/02/2024

הודפס ע"י ד"ר אפרת דגלן

00022455919

דרוים אליהו

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/09/2022	03/04/2017	לא משמעותי	CARDIOVASCULAR ATHEROSCLEROSIS
25/09/2022	07/07/2022		ANEMIA OTHER/UNSPECIFIED

תרופות קבועות

א. הגשה	כמות	תרופות	ב. ...	פעמים
1 טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG	ביום	1
1 טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG	ביום	1
1 טבליות	1	RAMIPRIL 5MG TAB 5MG	ביום	1
1 טבליות	1	CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75MG	ביום	1
1 טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 10MG 10MG	ביום	1
1 טבליות	1	BISOPROLOL FUMARATE 1.25MG TAB 1.25MG	ביום	1

מטרת הבדיקה: חיזוק שריר ליבה שיפור יציבה בשל כאבי צוואר

נחתם דיגיטלית

127132

ד"ר אפרת דגלן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



7.ה.ר.0

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

12/02/2024

הודפס ע"י ד"ר אפרת דגלן

00022455919

דרוים אליהו

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 35 עד 35)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

אליהו דרויש- נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אליהו דרויש, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגע, טופל במסגרת בבית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.


אריאל כהן יו"ר
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 37 עד 40)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, שלימו קרני מס' 022455949, מרחוב הירק 3 1/2 יב/ד,
 ת.ז. מס' 022455949, מרחוב הירק 3 1/2 יב/ד,
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
 נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 16/9/23
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



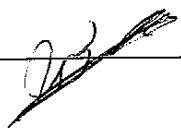
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

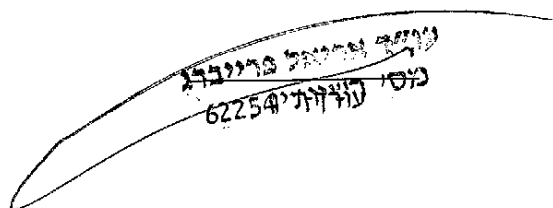
ולראיה באתי על החתום

היום 30 לחודש 5 שנה 2024

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל




מס' ע"ד 62254
מס' ע"ד 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	טלפון
_____	_____	_____	022455919	_____
_____	_____	_____	_____	_____
מיקוד	עיר	מס'	מס'	מס'
_____	_____	_____	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.



בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 30/5/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אליזב גריס בעל ת.ז. 022455919 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	<u>18/4/20</u>	הפגיעה:	<u>כח</u>	המוסד הרפואי:	<u>גריס</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____



X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד גריס גריס, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 30/5/24
הופיע/ה בפני אליזב גריס (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 022455919
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין