



בית משפט השלום בכפר סבא

11 יולי 2024

ת"א 29255-07-24 אנטאייב נ' ווישור
חברה לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 11/07/2024 בשעה (بالساعة) 10:09 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 29255-07-24 אנטאייב נ' ווישור חברה לביטוח בע"מ.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו בתוך פרק הזמן הקבוע בהודעת המזכיר המשפטי, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו 077-3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852*. www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך: 7.7.24

התובעת: **ורד אנטאייב, ת"ז 201168259**
מרחוב השומר 13, בת ים 5935748

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: **WESURE חברה לביטוח בע"מ**
מדרך השרון 12, כפר סבא 4427125
טל': 6835*
דוא"ל: claims@we-sure.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלת"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 והתובעת הגישה 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 תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 13.6.1990, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 58-028-65 (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 תעודת ביטוח חובה, תמונות הנזק והרכב המעורב, ורישיון נהיגה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב במועד בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 25.7.23, או בסמוך לכך, בהרצליה, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה עם רכב מעורב והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי במרכז הרפואי מאיר, שם אובחנו חבלות בראש, בבית החזה, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני



שחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

9. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות כתף ימין, הצוואר והגב פנתה לקבלת טיפול רפואי במוקד מכבי לרפואה דחופה, שם ניתנו לה זריקות וולטרן לשיכוך הכאב והיא הופנתה להמשך מעקב רפואי ומנוחה.

10. בדיקות הדמיה אשר כוונו לעמ"ש הצווארי הדגימו היצרות של המרווחים הבין חוליתיים בגובה C4-C5 והיא הופנתה להמשך מעקב אורתופדי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה/רפואה משלימה ומנוחה.

11. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים לצורך שיפור הטווחים ושיפור התנועה, אולם, נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, כתף וזרוע ימין והומלץ לה על המשך ביצוע טיפולים, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות, "כנספח 2".

12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כתף וזרוע ימין, מקושי בהרמה, קושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בישיבה ממושכת וריכוז, קושי בהטיה וציוד, צורך בשימוש ונטילת משככי כאבים והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובעת מנהלת צוות אדמיניסטרטיבי, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

15. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

17. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

₪ 85,000

(1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר –

- (2) עזרת הזולת בעבר – 17,000 ₪
(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – 8,720 ₪
(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - 4,620 ₪

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

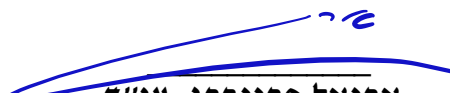
(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

18. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת 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 התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: צילום רישיון נהיגה תעודה חובה ותמונות (עמודים 7 עד 13)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 15 עד 28)	15
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 30 עד 30)	30
נספח 4: וסר יפוי כח ותצהיר תאונות (עמודים 32 עד 35)	32



נספח 1 :

צילום רישיון נהיגה תעודה חובה ותמונות

(עמודים 7 עד 13)



שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וזנה טרם כריכת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה. כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

גמילה - 31/12/23 - 1/1/2023

פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל-1970 (להלן: פקודת הביטוח)

תעודת ביטוח רכב חובה - 1000023008221500

מס' פוליסה: 1000023008221500 מס' תוספת: 000 שם הסוכן: עובדי מדינה ישר מ' סוכן: AG000170	שם המבוטח: אלון אנטייב
מועד תחילת הביטוח: המועד שבו חותמת תעודה זו בחתמת בנק אך לא לפני: 01/01/2023	ת.ז. / ח.פ.: 305651895
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/2023 בחצות.	כתובת: השומרים, 13
תאריך הוצאה ושעת הוצאה של תעודה זו: 18/12/2022 18:35:42 PM	בת ים

מטרות השימוש המותרות ובני האדם הרשאים לנהוג ברכב: 1א6, 1א7

דגם: פורד פוקס טרנד (1596) אוטו 5/4 דלת' שנת הייצור/עלייה לכביש: 2008 מס' רישוי: 5802865

מס' שלדה: WF0HXXWPD88A49337 סוג רכב: רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון סוג הרכב לצורך ביטוח: רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון נפח מנוע (א) (הספק): 1596 משקל הרכב: 1755

ווישור חברה לביטוח בע"מ - 6835 מרכז שרונה, דרך השרון 12, כפר סבא http://www.we-sure.co.il סכום דמי הביטוח: 1689.42 ₪		בלי חתמת הבנק אין תוקף לתעודה זו חותמת הבנק שולם באמצעות בנק מזרחי ספחות חשבון 461-689665 תאריך: 18/12/2022 שעה: 18:35:42 PM מספר אישור: 0624639 ווישור חברה לביטוח בע"מ
---	---	---

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח ווישור חברה לביטוח בע"מ

הפוליסה הופקה ודמי הביטוח נקבעו על סמך נתונים המופיעים בתעודת החובה וכן בין היתר על המשתנים הבאים:

גיל הנהג הצעיר ביותר (ביום ההולדת האחרון) הצפוי להשתמש ברכב: 30	רכב קיימת מערכת ESP - בקרת יציבות: כן
מספר השנים בהם היה הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב, מורשה לנהוג ברכב מאותו הסוג בישראל: 0	רכב קיימת מערכת FCW - שמירת מרחק: לא
מספר פסילות רישיון בשלוש שנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים: 0	רכב קיימת מערכת LDW - התראה על סטייה מנתיב: לא
מספר תביעות גוף בשלוש שנים האחרונות של הנהגים הצפויים לנהוג: 0	רכב קיימת מערכת ABS - מניעת נעילה בכלימה: כן
	מין הנהג הצעיר ביותר: זכר

6. מטרות השימוש המותרות -

- א. חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
1. מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאין נכללות בפסקאות (2) עד (5) להלן:
2. מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961 ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח.
3. מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
4. מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
5. שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח. לעניין זה "חוזה שכירות" - למעט חוזה ליסינג תפעולי או חוזה מקח אגב שכירות (ליסינג מימני).
- ג. על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, 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 ("חוק הנהיגה הספורטיבית"), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצי כלי רכב, שנעשה בניגוד להוראות חוק הנהיגה הספורטיבית. לעניין סעיף קטן זה: "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית" ו"קטע קישור", כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.
7. 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 שחוצאה לאופנוע או לרכב המסוגל "מונית" ברישיון 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.



רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



- אנטייב
1. ANTAYEV
ורד
2. VERED
3. 13.06.1990
4. כ' בסיון ה'תש"ן
4b. 26.04.2024
5. 2665879
8. השומר 13 בת ים

4a. 26.04.2022
4d. ID 201168259
8259

8259

9. B

נהג חדש
מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית











נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 15 עד 28)



מאיר



מרכז רפואי מאיר

מסוף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 25/07/2023 הופק ע"י ד"ר גילם דוקלאן אוג אלי מ.ר. 158288 13:32 25/07/2023

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2505654501
טלפון: 09-7472326
פקס: 09-7410994

שם משפחה:	אנטיב	ת. לידה:	13/06/1990
שם פרטי:	ורד	ת. זהות:	20116825-9
כתובת:	השומר 13, בת ים	מין:	נקבה
טלפון:	0543532327	גיל:	33
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	אבי
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

מספר קבלה: 2505654501
תאריך קבלה: 12:23 25/07/2023

מכח חוק הבריאות הממלכתי, ביקור במיון
ללא הפניית רופא, כרוך בתשלום.

**עליך להמציא טופס
התחייבות ממרפאת האם**

לפקס: 09-7471282

לטל: 09-7472633

שלוחה 1

email: meirgvia@clalit.org.il

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת עבודה

תאריך הפגיעה: 25/07/2023

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

רופא אחראי

רופא: דר' גילם דוקלאן אוג אלי מ.ר. 158288

סיום טיפול במלרד: שחרור



אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
WHIPLASH	8470			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 33

בריאה בד"כ

רקע ניתוח באריאטר

לא ידועה על רגישות

לדיבריה היום מעורבת בתאונת דרכים בדרך לעבודתה

הייתה נהגת עם חגורה

אוטו אחר פגע בה מאחורה, בקינמטיקה בינונית

לא נפתחו כריאות אויר

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: דר' גילם דוקלאן אוג אלי מ.ר. 158288, מיון אורתופדי

תאריך עדכון: 13:27 25/07/2023

דיווח / דיון: ללא עדות חבלת ראש

GSC 15

ללא רגישות בניקוש עמ"ש, ROM צווארי שמור וחופשי, כח גס שמור ושוה ע"ג 4 גפיים בכל תחנות הבדיקה, כנ"ל תחושה, כיפוף גב שמור, הליכה תקינה, רגישות לא ספציפית פרארא צווארי דו"צ, רגישות קלה על פני סטרנום ללא המאטומה או דפורמציה, ללא ממצאים נוספים.

לב/ריאות/ בטן תקין

לא דיספניאת



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' חודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	אנטייב	תאריך לידה:	13/06/1990
שם פרטי:	ורד	ת. זהות:	20116825-9
סוג דם:		שם האב:	אבי

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
25/07/2023	12:34	מדדים		אינו מעוניין ב-OTC
25/07/2023	12:31	מדדים		

מדד	הקלת כאב
מצב הכרה	A
לחץ דם	100/55
דופק	80
רמת כאב	6

סיכום

בת 33 מעורבת בתאונת דרכים דרך לעבודתה
במיון כאבי שרירים פארא צווארי דו"צ + רגישות קלה על פני הסטרנום
ללא צורך להשלים הדמייה בשלב זה



שחרור

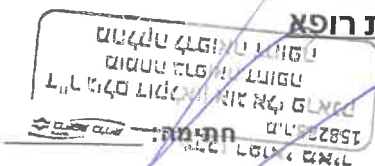
המלצות

המלצה: *מעקב רופא מטפל.
*שיכון כאבים עפ"י הצורך.
*במקרה החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.
חופשת מחלה: 1 ימים.

במידה והמטופל פנה למיון בעקבות טראומה, יש לשקול הפנייתו להערכת גורם ברה"נ במסגרת קופ"ח במקרה של הופעת תסמינים נפשיים בטר חבלתיים.

מטופל יקר, במידה והונחת להגיע לביקורת במרפאות החוץ של ביה"ח, אנא פנה עם שחרור מהרופא אל משרד הקבלה של המיון לתיאום. ככל וניקבע כי הנך זקוק לניתוח, אנו ניצור עמך קשר. לבירורים ניתן לפנות לטלפון 09-7471140.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא



נחתם ע"י: דר' גילם דוקלאון אוג אלי מ.ר. 158288

עדות טמולית
מ.ר. 232795

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' גילם דוקלאון אוג אלי 25/07/2023 13:32
חשוי אישי



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	אנטייב	תאריך לידה:	13/06/1990
שם פרטי:	ורד	ת. זהות:	20116825-9
סוג דם:		שם האב:	אבי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים





מוקד רפואה דחופה
31/07/2023

טלפון: 1-700-50-53-53

פקס: 09-7687112

כתובת: שד בנימין 21, נתניה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 13/06/1990



0201168259

מיקוד 5935748

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

מכתב שחרור

31/07/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:06

שעת שחרור: 19:34

לכבוד: טל פרידמן בדש

סיבת הפניה:

בת 33, לפני שבוע הייתה מערובת בתאונת דרכים, ניבדקה במיון בבי"ח מאיר ולאחר שנשללו בעיה טראומטית חריפה שוחררה לביתה.
כעת התקבלה עקב המשך כאבי אמצעים ועולה לבגב עליון וכתף ימני.

אבחנות פעילות:

- BARIATRIC SURGERY (03/2023) 1/2/2023
- THALASSEMIA MINOR - BETA Suspected (10/2012)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (05/2020)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (06/2022) Mild
- TOBACCO USE DISORDER (06/2022)
- PREDIABETES (11/2022)



תרופות קבועות:

- FOLIC ACID MAC 5MG X 30 {1X1X90}
- VITAMIN D3 1000IU X30 {2X1X90}

ממצאים:

בבדיקה ללא רגישות בניקוש ע"ש לכל אורכו, ללא חוסר NV גס

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
31/07/2023	19:11	לחץ דם	107/71 [שמאל, ישיבה]
31/07/2023	19:11	דופק	84
31/07/2023	19:11	אומדן נשימה	סטורציה: 97 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
31/07/2023	19:11	אומדן כאב	עוצמה: 8	
31/07/2023	19:11	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
31/07/2023	19:11	מיון ראשוני - TRIAGE		
31/07/2023	19:11	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מב
31/07/2023	19:11	הדרכה לשיכור וטיפול בכאב		



151403

מוקד רפואה דחופה
31/07/2023

ד"ר מוחסן פאדי

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 1-700-50-53-53

פקס: 09-7687112

כתובת: שד בנימין 21, נתניה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

13/06/1990

ת.לידה:



0201168259

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

הפניות:

אחות: זריקה תוך שרירית IM

הערכה:

תקבל זריקת וולטרין להרקגעה ובהמשך זלדיאר
להפנותה לבדיקת אורטופד בקו"ח.
מעקב הרופא המטפל בקו"ח.
בכל החמרה בדיקה חוזרת

אבחנה:

• BACKACHE



תרופות שניתנו:

ZALDIAR 325/37.5MG - { (למשך 7 ימים) 3 X 1 }

ד"ר מוחסן פאדי

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

תאריך: 26/07/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



דר פרידמן בדש טל
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8924222
פקס: 073-2284101
כתובת: לבון פנחס 18, נתניה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: ורד
ת.לדה: 13/06/1990	מין: נ
כתובת: השומרים 13/14, בת ים	טלפון: 0543532327
0201168259	ת.ז.: 201168259
טל.עבודה/נייד: 0543532327	
מיקוד 5935748	

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה , האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 26/07/2023 עד יום: 27/07/2023 סה"כ: 2 ימים.

דר. טל פרידמן בדש
מומחית ברפואת משפחה
מ.ר. גורם מפנה
035951
מכבי
חתימה וחומר הרופא

26/07/2023
תאריך



03/08/2023 תאריך:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



147335



מוקד רפואה דחופה
03/08/2023

ד"ר קניגסברג יגאל
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 1-700-50-53-53

פקס: 09-7687112

כתובת: שד בנימין 21, נתניה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטיב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

13/06/1990

ת.לידה:



0201168259

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

03/08/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:01

שעת שחרור: 20:00

לכבוד: טל פרידמן בדש

סיבת הפניה:

ב-25.07 הייתה מערובת בתאונת דרכים, ניבדקה במיון בבי"ח מאיר ולאחר שנשללו בעיה טראומטית חריפה שוחררה לביתה, סוכם כמנגנון צליפת שוט. בהמשך פנייה למוקד טופלה באביטרן ואנלגטיקה עדיין כאבי צוואריים במיוחד, הקרנה לכתפיים ושכמות עם זרמים ללא חסר נוירולוגי גס עמ"ש- עמדה לורדוטית תקינה. היצרות של המרווחים הבין חולייתיים בגבהים C-4-5 עם שינויים ניווניים באותן גופי החוליות. ללא עדות לתמט או דיסלוקציה.



אבחנות פעילות:

- BARIATRIC SURGERY (03/2023) 1/2/2023
- THALASSEMIA MINOR - BETA Suspected (10/2012)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (05/2020)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (06/2022) Mild
- TOBACCO USE DISORDER (06/2022)
- PREDIABETES (11/2022)

תרופות קבועות:

- FOLIC ACID MAC 5MG X 30 {1X1X90}
- VITAMIN D3 1000IU X30 {2X1X90}

ממצאים:

רגישות צווארות
ללא חסר נוירולוגי גס

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
03/08/2023	19:10	לחץ דם	106/72
03/08/2023	19:10	דופק	88



147335

מוקד רפואה דחופה
03/08/2023ד"ר קניגסברג יגאל
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 1-700-50-53-53

פקס: 09-7687112

כתובת: שד בנימין 21, נתניה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

13/06/1990

ת.לידה:



0201168259

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
03/08/2023	19:10	אנמנזה סעודית		
03/08/2023	19:10	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד מבוגרים
03/08/2023	19:10	השגחה במרפאה		
03/08/2023	19:10	הדרכה לשיכון וטיפול בכאב		
03/08/2023	19:10	מיון ראשוני - TRIAGE		
03/08/2023	19:10	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
03/08/2023	19:10	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד מבוגרים
03/08/2023	19:11	אומדן כאב	עוצמה: 7	

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

אבחנה:



• NECK PAIN

טיפולים והמלצות:

-המשך מעקב רופא מטפל
-מעקב אורטופדי
-ארקוקסיה
-אנלגטיקה לפי הצורך
בכל החרמה יש לפנות לעזרה
רפואה שלמה!

תרופות שניתנו:

{ (למשך 5 ימים) 1 X 1 - ARCOXIA 90MG X 14 }

ד"ר קניגסברג יגאל

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

תשובת בדיקת דימות: 23530764

ע"ש צווארי 2 צילומים

סיבת ההפניה:

כאב

ממצאים:

צילום ע"ש צווארי (חזיתי + צדדי)

=====

עמדה לורדוטית תקינה.

היצרות של המרווחים הבין חולייתיים בגבהים C-4-5

עם שינויים ניווניים באותן גופי החוליות.

ללא עדות לתמט או דיסלוקציה.

בברכה

ד"ר רות אורן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 34602

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב חדרה

טלפון סניף: 046322577, פקס: 046212719, email: hadera@mashovltd.co.il

תאריך: 03/08/2023

מס' תיק נבדק: 20148038

מס' ביקור: 2108984

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר פרידמן ב טל

הנדון: גב'/מר: אנטיב ורד ת"ז: 201168259 מין: נ

תאריך לידה: 13/06/1990

כתובת: השומרים 13 בת ים

טלפון: 43532327-05

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 03/08/2023:

הבדיקה: US כתף ימין

הדגמת גיד ה - Biceps בתוך ה - Bicipital Groove .

המשכיות ומרקם תקינים.

פרוקסימלית מדיאלית הודגמו גיד שריר ה - Subscapularis תקין.

לטרלית הודגמו גיד ושריר ה - Supraspinatus תקינים .

מאחור ה - Infraspinatus וה - Teres Minor תקינים.



אין עדות לתפליט סובדלתואידי.

ה- ACJ תקין.

בסיכום : אין עדות לקרע ב- Rotator Cuff.

נדרש צילום כתף רלוונטי , בתחום של 3 חודשים , כהשלמת בדיקת הסונוגרפיה של הכתף. במידה ולא קיים במהלך בדיקת הסונוגרפיה, נא לבצע ולפנות לרופא המטפל לאינטגרציה עם בדיקת הסונוגרפיה שבוצעה .

...

טכנאי מבצע : בני פרי

בברכה

ד"ר בן נון יונה

מ.ר. 15482

מ.ר.מ 12779

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הבדיקה בוצע בסניף: משוב חדרה

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא כדין עובר עבירה





030915

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

13/06/1990

ת.לידה:



0201168259

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 17/08/2023 בשעה 12:15

17/08/2023

תאריך הביקור:

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מרפאת מכבי טבעי		
הפניה	מכון פיזיותרפיה		

002490577781





030915



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201168259

שם פרטי: ורד

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0543532327

0543532327

טלפון:

מין: נ

13/06/1990

ת.לידה:



0201168259

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מרפאת מכבי טבעי

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

סיבת הפנייה:

לאחר צליפת שוט, כאב צוארי ותחושת זרמים, ללא מיגבלת טווח ללא סמני גירוי שרשי ללא חסרים עצביים, צלום עם הצרות גוף חוליות c4-5

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

- BARIATRIC SURGERY (03/2023) 1/2/2023
- THALASSEMIA MINOR - BETA Suspected (10/2012)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (05/2020)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (06/2022) Mild
- TOBACCO USE DISORDER (06/2022)
- PREDIABETES (11/2022)

מעש/ת: כן

תרופות קבועות:



• VITAMIN D3 1000IU X30 2X1X90

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

17/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/08/2023 עד תאריך - 13/02/2024

מר גורם מפנה



030915



ד"ר פניכל איתי

אורתופדיה החלפות מפרקים | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: מפ"י 5, נתניה

קוד הפניה: 338528312

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: ורד
ת.ז.: 201168259	תל.עבודה/נייד: 0543532327
ת.לידה: 13/06/1990	מין: נ
כתובת: השומרים 13/14, בת ים	מיקוד: 5935748
0201168259	

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לאחר צליפת שוט, כאב צוארי ותחושת זרמים, ללא מיגבלת טווח ללא סמני גירוי שרשי ללא חסרים עצביים, צלום עם הצרות גוף חוליות c4-5

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

בעיות ידועות:

- BARIATRIC SURGERY (03/2023) 1/2/2023
- THALASSEMIA MINOR - BETA Suspected (10/2012)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (05/2020)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (06/2022) Mild
- TOBACCO USE DISORDER (06/2022)
- PREDIABETES (11/2022)

• VITAMIN D3 1000IU X30 2X1X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: כן



סיבת ההפניה: טיפול מתאים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/08/2023 עד תאריך - 13/02/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 30 עד 30)



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

ורד אנטייב - נגד - wesure חברה לביטוח בע"מ

התובעת, ורד אנטייב, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים מאיר, בכפר סבא, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 4 :

וסר יפוי כח ותצהיר תאונות

(עמודים 32 עד 35)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
אנש"כ	נר?	20111259	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
10-ה	13	נתניה	
		מיקוד	

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:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 7.7.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, ^{2011/08/29} מס' _____, מרחוב _____, ^{25/8/23} ת.ז. מס' _____, ^{25/8/23} ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,

לטפל ברישומו 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, לפטור 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 7 לחודש 7 שנה 24

חתימה: _____



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ורד אטי"ר בעל ת.ז. 201168259 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:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן סמיר מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 7/7/24
הופיעה בפני ורד אטי"ר (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 201168259
ולאחר שהוזהרתי/יה 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