



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**בדוא"ל**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

ספטמבר 08 2024  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
ריס מנסור, עו"ד  
צוות תאונות אישיות  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

**תאונה מיום 17/12/23**  
**מרשנו: הורי הקטינה רזאן אלקרינאוי, ת.ז. 227946837**  
**מס' תביעה: 5004302405056**

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 21.8.24 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב יפוי כח חתום ע"י מרשיי, הורי הקטינה.
2. כן, תיעוד רפואי בדבר ימי היעדרותה ותיעוד עדכני בנוגע למצבה דהיום.
3. אישור מוסד הלימודים (הגן) נשלח וצורף כנספח למכתבי, המדובר הוא בטופס של חברתכם מלא וחתום ע"י מנהלת הגן בחתימתה וחותמת.
4. כן, מצ"ב אישור ניהול ח"ן הח"מ.
5. לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח אודה.

בכבוד רב ובה"ח,  
אריאל פרייברג, עו"ד  
פרייברג רסקין עורכי דין

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עולה וחסין אלקרינאוי הורי הקטינה רזאן אלקרינאוי, ת.ז. מס' 308103902;204289078, מרחוב אלסאלח 41, רהט, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של נגד ביטוח/פוליסת תלמידים בענין תאונת דרכים מיום 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 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 12 לחודש 6 שנה 2024

חתימה: X



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד  
מ.ר. 62254

עורך-דין



תאריך: 28/05/2024

## אישור מחלה

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| פרטי המטופל:    |                 |
| שם משפחה ופרטי: | אלקרינאוי קוסאי |
| תלידה:          | 06/11/2016      |
| מס בית:         | 41              |
| ישוב:           | רהט             |
| טלפון:          | 55-9623723      |
| מס זהות:        | 00225201136     |
| רחוב:           | אבו הוריירה     |
| טלפון נוסף:     | 55-9623723      |
| גיל:            | 7.06 מין: ז     |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                                             |
|--------|-------|--------|-------------------------------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD                     |
|        |       |        | S/P CRANIOPLASTY (Right) (Z020) S/P CRANIOPLASTY OF DEPPRESSED SK |

מומלץ על מנוחה מתאריך: 18/12/2023 עד תאריך: 31/05/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 166

הערות: לאחר נפילה בבית ספר עבר ניתוח ואישפוז בטיפול נמרץ

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך: 06/09/2024

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: אלקרינאוי רזאן  
ת.לידה: 17/04/2019  
מס בית: 17 / 41  
מס זהות: 00227946837  
גיל: 5.04 מין: נ  
רחוב: שכונה  
טלפון נוסף: 55-9623723  
הרש: ישוב: רהט  
טלפון: 55-9623723

מיועד ל- לכל המעוניין

נרשם על סמך הרשום בתיק  
משקל 15 kg 05/09/2024 גובה 109 cm 05/09/2024  
bmi 12.63

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

| ת.גילוי    | איפיון | בעיה                                            |
|------------|--------|-------------------------------------------------|
| 16/03/2021 |        | closed fracture of shaft of tibia and fibula rt |
| 16/03/2021 |        | FAMILY HYSTORY OF OSTEOPENIA IMPERFECTA         |
| 17/12/2023 | lt     | FRACTURE TIBIA                                  |

הערות

רזאן בתאריך 17.12.23 נחבלה ואובחנה עם שבר בטיביה בתקופה זאת הייתה במעקב וטיפול פזיותרפיה מתאריך 17.12.23 עד 22.04.24.

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופסו/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 06/09/2024

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: אלקרינאוי רזאן  
ת.לידה: 17/04/2019  
מס בית: 17 / 41  
מס זהות: 00227946837  
גיל: 5.04 מין: נ  
רחוב: שכונה  
טלפון נוסף: 55-9623723  
רהט: 55-9623723  
טלפון: 55-9623723

מיועד ל- לכל המעוניין

נרשם על סמך הרשום בתיק  
משקל 15 kg 05/09/2024 גובה 109 cm 05/09/2024  
bmi 12.63

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

| ת.גילוי    | איפיון | בעיה                                            |
|------------|--------|-------------------------------------------------|
| 16/03/2021 |        | closed fracture of shaft of tibia and fibula rt |
| 16/03/2021 |        | FAMILY HYSTORY OF OSTEOPENIA IMPERFECTA         |
| 17/12/2023 | lt     | FRACTURE TIBIA                                  |

הערות

רזאן בתאריך 17.12.23 נחבלה ואובחנה עם שבר בטיביה בתקופה זאת הייתה במעקב וטיפול פיזיותרפיה מתאריך 17.12.23 עד 22.04.24.

נחתם דיגיטלית\*\*

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופסו/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

גיל המטופל: 5.04

תאריך ביקור: 08/09/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/09/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/05/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/03/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/02/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/12/2023

חבלה בגן

לפי דברי מורה נפלה בגן נחבלה לאורך רגל שמאל

לא יכולה לדרוך על רגל

06/02/2024

בת 4 וחצי, ברקע OI

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמזנה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית

מאז, ללא חסר NV

TODDLER FRACTURE LT בצלום

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים נופורן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורתופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

=====

ביקורת 28/12/23

שבר טיביא דיסטאלית

עמדה מתקבלת בצילום

ללא חוסר NV

ת

גבס מלא מעל הברך

ביקורת עוד שבוע

אזהרת גבס

ללא דריכה

בכל החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

ביקורת ב 10.01.2024

שבה לביקורת במרפאתנו במצב כללי טוב.

ללא חוסר NV

מדדים תקינים

בצילום שבר בדרך לחיבור. יש אנגולציה קלה 10 מעאלות

תוכנית:

ביקורת בעוד שבועיים במרפאתנו לפי צורך הורדת גבס וצילום ביקור בלי גבס

12/03/2024

FRACTURE MTT 12 LT FOOT

מהלך המחלה

לדבריו אתמול נחבלה בכף רגל שמאל. מאז כאבים

תלונה עקרית

חבלה

מחלה נוכחית

תאריך ושעה פרטים

08/03/2024

נחבלה בכף רגל שמאל

לא דורכת  
כאב ורגישות + נפיחות ניכרת  
בצילום שבר במסרק 21  
בוצע סד גבס  
בתקופה זאת הייתה בליווי אבא לבדיקות וביקורים ליועצים שונים  
06/09/2024  
08/09/2024  
עדיין מתלוננת על כאבים ברגל שמאל ולסרוגין צליעה

סימנים חיוניים

גובה: 109 נמדד ב: 05/09/2024 אחוזון גובה: 30.66  
משקל: 15 נמדד ב: 05/09/2024 אחוזון משקל: 4.74  
B M I : 12.63 אחוזון BMI : <3

מתאריך: 24 eGFR : 183.52

ממצאים: ממצאים מתאריך 06/09/2024  
08/09/2024  
רגל שמאל: רגישות שוק + ברך + ירך

| קוד  | איפיון | אבחנה                        |
|------|--------|------------------------------|
| 9241 | LT     | CONTUSION KNEE AND LOWER LEG |
| 8230 | It     | FRACTURE TIBIA               |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/09/2024  
06/09/2024  
08/09/2024

להמשיך טיפול נגד כאבים לפי צורך + נשקול יעוץ אורטופד חוזר

| הפניות             | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|--------------------|----------------------------|-----|-------|
| הפניה לרפואה יועצת | 70017-בדיקה רפואית - אורתו | H1  | הודפס |

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 08/09/2024 שם מרפאה: מרפאת רהט ב'  
רופא מעדכן: ד"ר סעיד אזברגה קוד מרפאה: 7433  
מס רשיון: 75661 קוד מחוז: 09  
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

מבנה שירותים של הפניות

| מזהה אישור מסר | צורך באישור | ק שי |
|----------------|-------------|------|
|                | 4           | 7    |

למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוטח נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך

תאריך 20/6/2024

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה

הריני לאשר כי התלמיד 747 אילן ת.ז. 227946837 תאריך לידה 17/4/2019  
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) אילן  
במועד תאריך האירוע 17/12/2023 (יש לציין תאריך).

כתובת המוסד החינוכי שכונת 17  
סמל מוסד 188242 טלפון 30/6/2024  
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך 1/4/2023 עד תאריך 30/6/2024

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים  
מתאריך 18/12/2023 עד תאריך 22/4/2024

בכבוד רב,

פנאלי זק - מנאל שני ילדים  
שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית



תאריך: 29.9.22

לכבוד  
עו"ד אריאל פרייברג

## הנדון: חשבון מס' 133470 - בסניף מס' 317

לבקשתך, הננו לאשר כי החשבון שבנדון רשום בסניפנו על שם:

| מס'. | שם                                      | מספר זיהוי |
|------|-----------------------------------------|------------|
| 1.   | עו"ד אריאל פרייברג בנאמנות פקדונות כללי | 66630930   |
| 2.   |                                         |            |
| 3.   |                                         |            |
| 4.   |                                         |            |

☒ בחשבון לא רשומים נהנים

☐ בחשבון רשומים נהנים כמפורט להלן:

| מס'. | שם | מספר זיהוי |
|------|----|------------|
| 1.   |    |            |
| 2.   |    |            |
| 3.   |    |            |
| 4.   |    |            |

בכבוד רב,  
הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ

