



בית משפט השלום בכפר סבא

16 ספטמבר 2024

ת"א 41045-09-24 מרציאנו נ' מגדל חברה
לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 15/09/2024 בשעה (بالساعة) 16:29 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 41045-09-24 מרציאנו נ' מגדל 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: 5.9.24

התובע: **אוריאל מרציאנו, ת"ז 209279413**
מרחוב אלעזר דוד 23, אור יהודה
טלפון: 055-2918111

באמצעות 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: **מגדל, חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל': 03-9201010 דוא"ל: thova@migdal.co.il

כתב תביעה

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



(1) בעלי הדין:

1. התובע, יליד 05.07.1999, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 68-162-30 (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 חובה, דו"ח שמאי, ורישיון 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, עובד בתחום רחיצה ושטיפת רכבים, 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 לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 22.11.23, בשעה 13:30 או בסמוך לכך, ברחוב דרך לוד, באור יהודה, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נחבל בגופו (להלן: **"התאונה"**).
8. צוות מד"א שהגיע למקום התאונה מצא את התובע ברכבו שהוא חבול בראש, בצוואר, בגב וברגל שמאל. מחשש לפגיעת עמוד שדרה קובע התובע לקרש גב והונח לו צווארון לקיבוע הצוואר. ממקום התאונה הובהל התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים "שיבא, בתל השומר.
- התובע טופל במיון תל השומר עם כאבי ראש מלווים בהפרעות ראייה, סחרחורות, בחילות, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני, ואשפוז שכלל בדיקות דימות שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים, כמו גם מכאבי ראש וסחרחורות, הופנה בדחיפות לקבלת טיפול

אורתופדי, ניתנו לו ימי מחלה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, לביצוע טיפולי פיזיותרפיה כמו גם נטילת תרופות לשיכוך כאב.

10. בנוסף החל התובע לסבול מטנטון והוא הופנה להמשך בירור ומעקב רפואי. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה הצווארי והמותני הדגימה בלטי דיסק עם לחץ קל על השק הדורלי בחוליות עמוד השדרה המותני.

11. בחודש יולי 24, נוכח החמרה ניכרת בסימפטומים, פנה התובע לקבלת טיפול רפואי והוחלט להפנותו למיון בית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו כאבי ראש עזים עם הפרעות בראיה, כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, צליעה של רגל ימין, ולאחר ביצוע בדיקות הדמיה ובדיקות מומחים ניתן לו סבב של טיפול לשיכוך כאב והוא שוחרר לביתו בהמלצה להמשך טיפול שיכוך כאב, השלמת MRI מותני, המשך מעקב רפואי במכון כאב בבית החולים איכילוב.

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

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מכאבי ראש וסחרחורות, טנטון, הפרעות בראיה, מקושי בעמידה ישיבה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מקושי בריכוז, מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, מקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע עובד במועד התאונה בתחום שטיפת רכבים. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו ולימודיו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים להגרם לו הפסדי שכר בעתיד

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|---|
| 120,000 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 12,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 9,600 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 13,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותו 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 ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

18. 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: חבות (עמודים 7 עד 12)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 44)	14
נספח 3: בקשה למינוי מומחים רפואיים (עמודים 46 עד 46)	46
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 48 עד 50)	48



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 12)





רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה. עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשמית
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
6816230		M1 פרטי נוסעים		18/11/2023	
מריצאנו אוריאל		מספר זהות		20927941-3	
מען		תאריך הדפסה		12/10/23	
תאריך רישום		תאריך בעלות		12/10/23	
19/11/14		בעלים קודמים		01	
מועד עליה לכביש 11/2014		מספר שילדה		NMTBE3JE50R079800	
מקומות ישיבה למעט הנהג		תוצר מנוע		1	
סוג דלק		דגם מנוע		1598	
בנזין		מספר מנוע		205/55R16 91 V	
צמיג קדמי		צבע		205/55R16 91 V	
צמיג אחורי		הנעה		1770	
משקל כולל		משקל עצמי		אין	
משקל מורשה		וויג'רה		אין	
דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל					

תוצר		טיוטה טורקיה		דגם		ZRE181L-DEXNPW		מרכב		סדאן	
כינוי מסחרי		COROLLA		רמת גימור		GLI		קבוצת רישוי		3	
הספק (כ"ס)		דדט		כרית		ABS		אובי		חלון בנג	
132.00		13		7		ק		ק		14-0182	
קוד		00839-0002		קוד		14-0182		קוד		00839-0002	

ת.תשלום 06/11/22 סך 1432.00 ש"ח; ת.מבחן 18/11/22
רשומון יבוא 430859520

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 זכויות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



מספר הרכב		6816230-23-6	
בעל הרכב		מריצאנו אוריאל	
אלעזר דוד 23 דירה 3		אור יהודה 60312	
הסכום לתשלום (ש"ח)		פטור	
הסכום לתשלום (ש"ח)		פטור	

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 24
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2017
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW): לא
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW): לא

בעלות הרכב פרטית
 אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח

שם לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו
 לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקובים + מספר זהות		סוג רכב		נפח/הספק		סוג רכב	
		M1.-פרטי		נפח מנוע: 1598 סמ"ק		M1.-פרטי	
מספר תעודה: 52517510		מספר זהות: 209279413		אור יהודה 6031227		שם בעל הפוליסה: מרציאנו אוריאל	
תאריך הוצאה: 16/10/23		שעת הוצאה: 12:34		מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 16/10/23		מועד פקיעת הביטוח: 31/10/24 (בחצות)	
מספר הרישוי	6816230	מספר שלדה	3JE50R079800	היצרן + דגם	טויוטה קורולה I	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש	2014
מספר הסוכן	260621	שם הסוכן	לזריאן רוזיטה	מספר פוליסה	04 25200264923	משקל / טון	1.770

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר

שולם 2,137.00 ש"ח בתאריך 16/10/23 בשעה 10:42 חשבון 8068484 אסמכתא 52517510 אישור 148409778 חותמת הבנק	הרחבות והגבלות אין הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח 2,137.00	אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכה לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח מגדל חברה לביטוח בע"מ אריאל מרציאנו
---	---	--

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח: מרציאנו אוריאל 209279413		כתובת: אלעזר דוד 28 0		מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 16/10/23		מועד פקיעת הביטוח: 31/10/24 (בחצות)	
מספר הרישוי		6816230		היצרן		טויוטה קורולה I	
מספר הסוכן		260621		שם הסוכן		לזריאן רוזיטה	
מספר תעודה		52517510		מספר פוליסה		04 25200264923	
הסכום לתשלום בש"ח		2,137.00		ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש		2014	

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

הרחבות והגבלות אין	מגדל חברה לביטוח בע"מ
--------------------	-----------------------

תאריך: 05/12/2023
פיצוי מוסכם

חוות דעת : 010-000095372-00
מבלי לפגוע בזכויות

פרטי רכב

מספר רישוי: 6816230
יצרן: טויוטה
דגם: קוחלה GLI, 13-19
שנת יצור: 2014
מספר איגוד: 413092
מד אוץ: 135072
מספר שלדה: NMTBE3JE50R079800
מקורות רכב: פרטי עד 4 טון בבעלות פרטית
סוג רכב: פרטי
ת.ק. מסמכים: 3/12/2023
מספר בעלים: 2
קוד משרד התחבורה: 083900002

פרטים ביטוחיים

שם מבטוח: מרציאנו אוריאל
מבטוח: חוות דעת פרטית
שמאי בודק: משה תג'ר
תאריך אישוע: 22/11/2023
תאריך בדיקה: 27/11/2023 ב- :במוסך
מוסך: בדיקה ליד בית המבטוח
ביקורים במוסך: 1
סוכן:
סוג תיק: פרטי
סוג נזק: נזקים תאונתיים
תאריך רישוי: 19/11/2014

אפיונים

G2	F2	חלונות חשמל אח' + קד'	A1	2013
I2	H7	פנסי ערפל	G9	מראות צד חשמליות + חימום
M7	K6	מצלמת חורס	K5	גלגל הגה מצופה עור
Q7	P9	ABS	N2	1598 סמ"ק
V3	U8	כרית אוויר ברכיים	S4	6.5Jx16 סגסוגת
W1	V5	ייצור טורקיה	V4	כרית אוויר וילון

תאור הנזק :

=====

בדיקתינו את הרכב הנדון. הראתה את הנזקים הבאים :

חלפים שנזקו והיה צורך בהחלפתם: כמפורט בדוחינו.

חלפים שנזקו והיה צורך בתיקונם: פח אחורי ומכסה מטען.

הערכת הנזק :

=====

נזק לחלק אחורי

עבודות

תיאור עבודה
עבודות חשמל
פנ"ה חיישנים
עבודות פחחות
סה"כ עבודות ועבודות נילוות

צבע

עבודות צבע
סה"כ עבודות צבע

חלקי חילוף

תיאור החלק
פגוש אחורי
פנמי לפגוש אחורי
סמל אח' Toyota
סמל למכסה תא מטען
סמל אח' Corolla
מחיר חלקי חילוף

מק"ט/
סוג החלק

משומש
משומש
02280 75441
W2008 90975
02300 75442

עלות עבודה
100.00 ₪
280.00 ₪
1,300.00 ₪
1,680.00 ₪

2,800.00 ₪
2,800.00 ₪

סה"כ מחיר
1,200.00 ₪
500.00 ₪
195.88 ₪
296.60 ₪
252.48 ₪
2,444.94 ₪

6,924.94 ₪
1,177.24 ₪
8,102.18 ₪

סה"כ נזק למוקד נזק לחלק אחורי
מע"מ (17% [שבעה עשר])
סה"כ כולל מע"מ

סיכום חוות הדעת

פירוט ההפרשים בין חוות הדעת לסכום התביעה

[	סכום התביעה/חשבונית (ללא מע"מ)	[	סכום התביעה/חשבונית כולל מע"מ [0.00 ₪
[	סכום הערכת הנזק (ללא מע"מ)	6,924.94 ₪	סכום הערכת הנזק כולל מע"מ [8,102.18 ₪
	הפרש בין התביעה לחוות הדעת	6,924.94 ₪-	

פירוט שווי רכב בפועל

נושא	+	-	סכום	הערות
ערך רכב מחירון			53,000.00 ₪	
מס' ק"מ 138072	+		790.00 ₪	
מס' בעלים 2	+		538.00 ₪	
סה"כ שווי ערך רכב בפועל 54,328.00 ₪				

פירוט ירידת הערך

סיבה לירידה	ערך	הערות
למוקד : נזק לחלק אחורי		
החלפת חלק פגוש אחורי	0.00%	
החלפת חלק פנימי לפגוש אחורי	0.00%	
החלפת חלק סמל אח' Toyota	0.00%	
החלפת חלק סמל למכסה תא מטען	0.00%	
החלפת חלק סמל אח' Corolla	0.00%	
סה"כ למוקד 0.00%		

בהתאם לתחשיב הנ"ל, אחוז הנזק הגולמי מסתכם בשעור של 15.29% כולל מע"מ

ערך רכב גולמי על פי מחירון המקובל עומד על 53,000.00 ₪

סיכום:
=====

* עקב הארוע הנדון לא נגרמה ירידת ערך.

*לאור גובה הנזק מבקש בעל הרכב לקבל פיצוי גלובלי בהתאם להערכתנו וללא הגשת חשבונית תיקון.

אני החת"מ : משה תג'ר, בוגר מכללת רופין, בוגר הנדסאי רכב .
עוסק בשמאות רכב מתאריך 01/12/2015, תעודת שמאי מספר 1099

זקצר

חברה לשמאות וסקרים בע"מ

70900 zektser1@zahav.net.il ת באר טוביה

טלפון - 08-8501182 פקס - 08-8501533

נותן על פי בקשתך/כם חוות דעת במקום עדות בשבועה בבית משפט. הנני מצהיר כי ידוע לי היטב על פי הוראות החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בבית משפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה בבית משפט.

שמאי מאשר

משה תג'ר

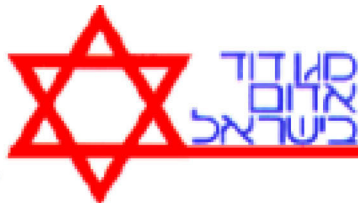
רשיון מספר 1099

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 44)





דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 22/11/2023

ארוע: 1831

מספר טופס: 17120996

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 209279413

שם משפחה: מרציאנו

שם פרטי: אוריאל

מין: זכר

תאריך לידה: 05/07/1999

גיל: 24

כתובת: אור יהודה, אלעזר דוד, 23

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0552918111

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: אור יהודה, דרך לוד

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת דרכים

מחלה נוכחית: בן 24, לאחר תאונת דרכים חזית אחור, ללא מידע רפואי זמין.
בהגיענו למקום נמצא המטופל ישוב ברכבו בהכרה מלאה לצידו חברו ומעורבים נוספים בתאונה
לדבריו נחבל בראש בצוואר גב וברגל שמאל, לא ידוע אם היה סיפור של אובדן הכרה
בבדיקה בהכרה מלאה ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין דופק רדיאלי סדיר ונימוש היטב ללא חיוורון או הזעה בחילות ללא הקאות
בנוכחותנו ללא חבלות או דימומים חיצוניים הנראים לעין
פונה למיון שיבא להמשך בירור וטיפול

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

מחלות זיהומיות: ללא מחלות מדבקות

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
בחילות	הקאות
נושם	נשימות
18	קצב נשימה
סדיר	דופק
100	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור וריחית

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
130/85	לחץ דם

אבחנה משוערת: כאבי גב, כאבים בצוואר, כאבים ברגליים

טיפול



אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
לוח גב, צווארון	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	

הערות

פונה יחד עם חברו לתאונה

פרטים נוספים

מקום האירוע : דרך לוד/דגל במקום רחוב אור יהודה
קוד מבצעי: 1082

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: שיבא-תל השומר
מחלקה: מלר"ד פנימי
נמסר ל: שרה

זמנים

קבלה 13:29 : **יציאה** 13:32 : **הגעה** 13:32 : **מפנה** 13:44 : **ביעד** 13:47 :

אנשי צוות

שם הנהג : אביחי ראדר חתימה : _____



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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה מי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

209279413 מרציאנו אוריאל

בן: 24

כתובת: אלעזר דוד 23 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6031223
מספר קבלה: 02030122112023
תאריך ביקור: 22/11/2023 13:52

אבחנות מסכמות

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

בריא בדרך כלל
ניתוחים בעבר

S/P LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY 449700 (47.01) (26/01/2017)

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות:

בן 24 בריא בדר"כ
הובא ע"י מד"א לאחר תאונת דרכים בין שני רכבים, קנטיקה נמוכה.
לדבריו מלין על כאב בגב תחתון ובצוואר
הגיע עם צווארון

סימנים חיוניים

תאריך ושעה				כאב			
14:08	22/11/2023						
14:00	22/11/2023			4			
13:59	22/11/2023						
		70				37.2	
		130					
		83					

אנמנזה ובדיקה גופנית

קחמן בוריס מ.ר. 175250 22:25 22/11/2023
בן 24 עם האנמנזה כמתואר. לדבריו כאבי ראש מתגברים מלווים בטשטוש ראייה, בחילות חלפו. עוד באנמנזה מתאר שאיבד את הכרתו למשך דקה.

טוניק מיכל 17:28 22/11/2023
בן 24 בריא בדר"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. ללא רגישות ידועה לתרופות. ביום קבלתו לפני מספר שעות (אינו זוכר שעה מדויקת) תאונת דרכים כנהג ברכב פרטי. רכב אחר התנגש ברכבו מאחור ברמזור בכביש מהיר. היה חגור, היה ברכב עם נוסע נוסף. לדבריו הנוסע השני - חווה מספר דקות של "ערפול" בהן לא הגיב לפנייה אליו. שולל אובדן הכרה מלא. אינו זוכר האם נחבל. מלין על כאב ראש לוחץ דיפוזי, סחרחורת, בחילות וטשטוש ראייה מאז האירוע. שולל הקאות. בנוסף, כאב צוואר וכאב גב תחתון. שולל כאב בטן/חזה/קוצר נשימה. שולל הפרעה חדשה בסוגרים. בקבלתו מדדים חיוניים תקינים. בבדיקתו עירני ומשתף פעולה, חרד, כאוב. נירולוגית - GCS 15, עצבים קרינאליים תקינים. מניע 4 גפיים עם תחושה שמורה, קושי להעריך כוח גס בשל כאב, ללא חסר ניכר. תפקודי מוחון תקינים. רגישות במישוש עמו"ש צווארי ומותני. טרם התהלך בשל כאב צווארי ומותני המצריך צילום עמו"ש.

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
אחראית: גב' אנגלוד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ד"ר עיסה אמינה מ.ר. 152513 22/11/2023 18:20
לא עונה לקריאות

ד"ר עיסה אמינה מ.ר. 152513 22/11/2023 22:21
לא עונה לקריאות לא עונה לשני מספרי טלפון

קחמן בוריס מ.ר. 175250 22/11/2023 23:35

שים לב! תשובה לא סופית! פרטי הבדיקה - תאריך: 22/11/2023 מספר: 4015012282514 [CT מוח ללא חומר ניגוד] [סיבת הפנייה: בן 24, תאונת דרכים בתור נוסע ברכב. אין בידי בדיקה להשקאה. ממצאים: ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. חדרים. חריצים וציסטות תקינים. עיבוי רירית בסינוסים מקסילריים ואתמואידליים דו"צ. תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים. רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי. מעבר קרניוצרביקלי חופשי. גומה אחורית ללא ממצא מוקדי. בתכנת AiDOC לא נצפה דימום. סיכום: ללא עדות לממצא תוך גולגולתי חד. ממצאים המתאימים למחלה סינוסואידלית בסינוסים המקסילריים. [שים לב! תשובה לא סופית! פוענח על-ידי: ד"ר הילה בפמן מספר רשיון: 152188]

ד"ר ברזילי רן מ.ר. 170135 22/11/2023 17:17

בן 24, בריא ברקע לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלן כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות, כאב בסוף טווח ללא רגישות גרמית עמ"ש לכל אורכו. רגישות דיפוזית עיקרה על פני רקמה רכה פרורטרברלית צווארית מותנית סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות צילום עמ"ש צווארי- מותני - ללא ממצא גרמי חריף הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
22/11/2023 17:17	ד"ר ברזילי רן מ.ר. 170185		המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע -מנוחה חופשת מחלה 3 ימים -שיכון כאב לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא -קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

חטוי 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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1 gram	22/11/2023 14:09 לויט דר	Once	P.O OPTALGIN tab 1 gram
oral sol 1000 mg	22/11/2023 16:50 זוילי גלית	Once	P.O OPTALGIN oral sol oral sol 1000 mg
5 mg	22/11/2023 16:51 זוילי גלית	Once	P.O OXYCOD 2mg/ml syr 5 mg
5 mg	22/11/2023 18:35 זוילי גלית	S.O.S Max Times Per Day:2 Min Interval Hours:12 Max Dosage:10 mg Indication: כאב גב תחתון	P.O diazePAM 5 mg
1000 mg	22/11/2023 18:37 זוילי גלית	Once	P.C PARACETAMOL tab 1000 mg



Kachman
חתימה: BOR

נחתם ע"י: קחמן בוריס מ.ר. 175250

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שכל המידע הנכנס הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתפס בציג 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 ימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לביחור תשובות ותרבות/ירולוגיה 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 ב"פוי כוח + ת.ז.

חפוי 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
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

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 זכויותיך! 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 זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מוח 22/11/2023 CT

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 22/11/2023 מספר: 4015012282514

CT מוח ללא חומר ניגוד

1

[
סיבת הפנייה: בן 24, תאונת דרכים בתור נוסע ברכב.

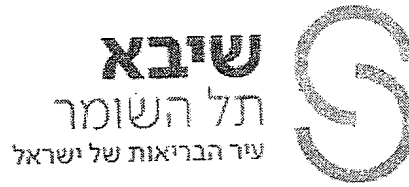
אין בידי בדיקה להשוואה.

ממצאים:

ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטרנות תקינים.
עיבוי רירית בסינוסים מקסילריים ואתמואידליים דו"צ. תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים.
רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי.
מעבר קרניוצרביקלי חופשי.
גומה אחורית ללא ממצא מוקדי.
בתכנת AIDOC לא נצפה דימום.

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
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

סיכום:
ללא עדות לממצא תוך גולגולתי חד.
ממצאים המתאימים למחלה סינוסואידלית בסינוסים המקסילריים.
]

שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 152188

פוענח על-ידי: ד"ר הילה בפמן

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

תאריך: 03/12/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	מרציאנו אוריאל
ת.ל.ידה:	05/07/1999
מס בית:	23 / 3
מס זהות:	00209279413
רחוב:	אלעזר דוד
טלפון נוסף:	3- 5339964
ישוב:	אור יהודה
טלפון:	55- 2918111
גיל:	24.05 מ"ן ז

תאריך תאונה: 22/11/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255021314

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255021314

תז נבדק



0209279413

מספר רשיון



120442

שירות שנבחר

קוד שירות: קוד משה"ב
70017
L9249 בדיקה רפואית - אורתופדיה
תיאור רפואי: שירות רפואי
70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2023:
בן 24 מתלונן על כאבים בצוואר, גב ורגליים
03/12/2023

בן 24 מתלונן על כאבים בגב תחתון, צוואר וראש

סימנים חיוניים: גובה 175.5 07/01/2020 משקל 70 07/01/2020 bmi 22.73

להץ דם 81 / 120 13/12/2018

דופק 112 13/12/2018

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 23/11/2023:
לב: קולות לב סדירים, ללא אוושות.
ריאות: כניסת אוויר תקינה, ללא ציפצופים, ללא חתורים, ללא ליכה.
צילומים בבית חולים תקינים
CT תקין
03/12/2023
רגישות בגב תחתון
רגישות בצוואר

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
7245		BACKACHE

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל: לא ידועה רגישות לתרופות
תגובה: נמסר ע"י בן משפחה

הפניה לרפואה יועצת

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

דף 1

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 03/12/2023

00209279413

מרציאנו אוריאל

מטרת הבדיקה: דחוף!!!

גודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

120442

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



ביה לרפואה יועצת

ציאנו אוראל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

00209279413

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 03/12/2023

תאריך: 03/12/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר הפניה:	תאריך תאונה:
שם: מרציאנו אוריאל	מספר זהות: 00209279413	גיל: 24.05	מין: ז
ת.לידה: 05/07/1999	ישוב: אור יהודה	רחוב: אלעזר דוד	
מס בית: 23 / 3	טלפון: 55- 2918111	טלפון נוסף: 3- 5339964	

23/11/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35768018005

מספר הפניה:

גורם שולח



5768

מספר הפניה



035768018005

תז נבדק



0209279413

רשיון רופא



025770

שירות שנבחר

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

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשון. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג חגור ברכב נייח מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיין תה"ש. נשללה בעייר ב CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות	בן משפחה	בן משפחה

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

ממצאים קליניים רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי דו"צ.

מטרת הבדיקה: טיפול

נחתם דיגיטלית

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 09/01/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר זהות:	00209279413	גיל:	24.06	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	טלפון נוסף:	3- 5339964
מס בית:	23 / 3	טלפון:	55- 2918111	סוג תאונה:	1 תאונת דרכים	תאריך תאונה:	22/11/2023

מספר הפניה ישירה: 35255022458

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
120442	0209279413	035255022458	5255

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2023
בן 24 מתלונן על כאבים בצוואר, גב ורגליים
03/12/2023
בן 24 מתלונן על כאבים בגב תחתון, צוואר וראש
09/01/2024

סימנים חיוניים:
גובה 175.5 07/01/2020 משקל 70 07/01/2020 bmi 22.73
לחץ דם 81 / 120 13/12/2018
דופק 112 13/12/2018

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 03/12/2023
ממצאים מתאריך 23/11/2023
לב: קולות לב סדירים, ללא אוושות.
ריאות: כניסת אוויר תקינה, ללא ציפצופים, ללא חוחורים, ללא ליכה.
צילומים בבית חולים תקינים
CT תקין
03/12/2023
רגישות בגב תחתון
רגישות בצוואר
09/01/2024

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231	CERVICALGIA
7245	BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית:
ההפניות שהופקו ב 03/12/2023
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקה רפואית - אורתו
09/01/2024

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סמואל בלומר בנשימול	120442	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 11/02/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מריאנו אוריאל	מס זהות:	00209279413	גיל:	24.07	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	טלפון נוסף:	3- 5339964	
מס בית:	23 / 3	טלפון:	55- 2918111	סוג תאונה:	1 תאונת דרכים	תאריך תאונה:	23/11/2023	

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/02/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023:
 יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשן. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג
 חגור ברכב נייח מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיון תה"ש. נשללה בעייה ב
 CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר.
 11/02/2024: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון. ללא הטבה עם זאלדיאר. לא שב
 לעבוד. טנטון באוזניים בנוסף.
 CT - עש צוארי ומתני -

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 03/12/2023:
 רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי
 גבולי דו"צ.
 11/02/2024: רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלה פזורה
 קלה בתנועות. רגישות מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי מימין.

קוד	אבחנה	איפיון
8470	WHIPLASH INJURY	lbp

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/12/2023:
 נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה. בקרת לפי הצורך.
 ההפניות שהופקו ב 03/12/2023:
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 11/02/2024: CT עש צוארי ומתני. נוגד דלקת לעת קצרה. שקילת ברור אאג.
 בקרת.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT עמוד שדרה צו 78073-ט.מ.	H3	הופק

תרופות

P	M	Q	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	14	14	D	1	טבליות	TAB	1	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

בברכה,

נחתם דיגיטלית

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



שם הרופא: ד"ר זאב אשכול
תחום: אורתופדיה
כתובת: דרך משה דיין, 3
מספר: 03-5392300
מספר רשיון: 25770
תאריך: 11/02/2024
העתק: 03-5392301
מספר: 03-5392301
מספר רשיון: 25770
תאריך: 11/02/2024
העתק: 03-5392301
מספר: 03-5392301

תאריך: 11/02/2024

הפניה לדימוס

שם משפחה ופרטי:	מרציאנו אוריאל	מס זהות:	00209279413	גיל:	24.07	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	מספר:	3-5339964
מס בית:	3 / 23	טלפון:	55-2918111	טלפון נוסף:	3-5339964	מספר:	3-5339964

תאריך תאונה: 23/11/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35768020039

רשיון רופא: 025770
תז נבדק: 0209279413
מספר הפניה: 035768020039
גורם שולח: 5768

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוס כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוס.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023:
יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשן. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג חגור ברכב נייח מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיון תה"ש. נשללה בעייה ב CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר.
11/02/2024: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון. ללא הטבה עם זאלדיאר. לא שב לעבוד. טנטון באוזניים בנוסף.

ממצאים עיקריים: בדיקה גופנית מתאריך 03/12/2023:
רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי דו"צ.
11/02/2024: רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלה פזורה קלה בתנועות. רגישות מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי מימין.

אבחנה משוערת

קוד	אפיפון	אבחנה
8470	lbp	WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/12/2023:
נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה. בקרת לפי הצורך.
ההפניות שהופקו ב- 03/12/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב- 11/02/2024 CT עש צוארי ומתני. בקרת.

בעיות פעילות

מגילוי	אפיפון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 25 פברואר, 2024

טלפון: 03 - 5772555

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 209279413

, אוריאל

שם נבדק/ת: מרציאנו

תאריך בדיקה: 13/02/2024

טלפון: 055 - 2918111

0023

, אלעזר דוד

אור יהודה

כתובת:

רופא מפנה/מטפל: ד"ר אשכול זאב

דן-פתח תקוה

מדפיסה: אפ

לכבוד

הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

התווייה: בירור רפואי.

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צוארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיאליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

לורדוזיס פיזיולוגי שמור.

גובה גופי החוליות תקין.

רוחב תעלה ספינלית הגרמית שמור.

פורמינות נוירליות ברוחב תקין.

ללא עדות לפתולוגיה דיסקאלית בולטת.

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני:

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שיחזורים.

לורדוזיס פיזיולוגי שמור.

סקוליוזיס קל קמור שמאלה.

רוחב תעלה ספינלית הגרמית שמור.

מרווחים בין חולייתיים שמורים.

בלט דיסק אחורי עם לחץ קל על השק הדורלי בגובה L3-L4, L4-L5 ו-L5-S1.

בסיכום: ממצאים כמתואר בגוף התשובה.

בברכה,

ד"ר אסיה דיסין

מומחית לרדיולוגיה אבחנתית

מ.ר. 33752 מ.ר.מ. 25588

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת 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.

תאריך: 24/07/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	גיל:	25.00 מין: ז
מספר רשיון:	00209279413	רחוב:	אלעזר דוד	
ת.לידה:	05/07/1999	טלפון נוסף:	3- 5339964	
מס בית:	23 / 3	טלפון:	55- 2918111	

תאריך תאונה 22/11/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255029383

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5255



035255029383



0209279413



120442

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73

לחץ דם 120 / 71 24/07/2024

דופק 112 13/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7840	HEADACHE	
7242	LOW BACK PAIN	
7231	CERVICALGIA	
7295	PAIN LEG	
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	

בעיות פעילות

מ.גילוי	אבחנה	אבחנה
01/03/2002	BRONCHITIS ASTHMATIC	
01/07/2017	NEUROENDOCRINE TUMOR	
22/11/2023	ACCIDENT/INJURY; NOS	

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	מסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות	בן משפחה	

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א.הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

נחתם דיגיטלית	120442	ד"ר סמואל בלומר בנשימול
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה. פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית		



תאריך: 24/07/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר רשיון:	מס זיהוי:	גיל:	מחיר: 25.00 מ"ן:
מריצאנו אוריאל	05/07/1999	00209279413	אלעזר דוד	3	5339964
ת.לידה:	מס בית:	טלפון:	טלפון נוסף:		
23 / 3	55-2918111	3			

תאריך תאונה 22/11/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255029381

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5255



035255029381



0209279413



120442

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

סימנים חיוניים גובה 175.5 נמדד ב: 24/07/2024 משקל 70 נמדד ב: 24/07/2024 BMI 22.73
לחץ דם 120 / 71 נמדד ב: 24/07/2024
דופק 112 נמדד ב: 13/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7840	HEADACHE
7242	LOW BACK PAIN
7231	CERVICALGIA
7295	PAIN LEG
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

בעיות פעילות

מ.גילוי	אבחנה
01/03/2002	BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017	NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023	ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות	בן משפחה	בן משפחה

****נחתם דיגיטלית****

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 24/07/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **מרציאנו אוריאל**
ת.לידה: 05/07/1999
מס בית: 23 / 3
מס זהות: 00209279413
גיל: 25.00 מין: ז
רחוב: אלעזר דוד
טלפון נוסף: 3- 5339964
אור יהודה
טלפון: 55- 2918111

תאריך תאונה: 22/11/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35255029382

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255029382

תז נבדק



0209279413

רשיון רופא



120442

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73
לחץ דם 120 / 71 24/07/2024
דופק 112 13/12/2018

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023		ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

ב.ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

נחתם דיגיטלית

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



פקס זה נשלח ממוקד רופא און ליין של כללית

מספר רישון 138373

טלפון 032222222

מחוז הנהלה

ראשית

ומושלם

ד"ר שאדן אבו ריא

רפואת משפחה

און-ליין משפחה

רופא משפחה און-ליין

שם חירופא

תחום

כתובת

מספח

21:30 24/07/2024 תאריך:

הפניה למיון

פרטי המטופל:	מספר רישון	שם משפחה ופרטי	מספר רישון
00209279413	25.00	גיל	2
מס זהות:	רחוב:	אלעזר דוד	מספר רישון
3-5339984	טלפון נוסף:	55-2918111	מספר רישון
39090379665	מספר רישון	05/07/1999	מספר רישון
23	מספר רישון	3	מספר רישון

גורם שולח



9090

מספר הפניה



039090379665

תחבוב



0209279413

מספר רישון



138373

לכבוד: מיון איכילוב

שירות שנבחר

שירות	קוד משפחה	מספר רישון	מספר רישון
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

אבחנה	קוד
HEADACHE	7840
LOW BACK PAIN	7242
CERVICALGIA	7231
PAIN LEG	7295
ACCIDENT/INJURY; NOS	A80

תלונות: עבר תאונת דרכים לפני מספר חודשים.

בעקבותיה סובל מפריצת דיסק חזקה.

כעת סובל מכאבים עזים בראש ולחץ. ראה מטושטש.

אינו מצליח לקום על הרגליים.

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73

לחץ דם 120 / 71 24/07/2024

דופק 112 13/12/2018

דין/תוכנית טיפולית: החפיות שהופקו ב 24/07/2024

הפניה לדימות: CT עם שדרה צו, הפניה לסיידות רפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקה רפואית - אורטו,

הפניה למעבדה - סרולוגיה זיהומית,

24/07/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

אבחנה	תאריך
BRONCHITIS ASTHMATIC	01/03/2002
NEUROENDOCRINE TUMOR	01/07/2017
ACCIDENT/INJURY; NOS	22/11/2023

סה"כ 1

הפניה למיון

35

המספר מכליל על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

פקם זה נשלח ממוקד רופא און ליין של כלליה

רגישות ולא תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	מסר ע
לא ידועה רגישות לתרופות		ב משפחה

תרופות קבועות

תדירות	כמות	א. תאריך	מניס	ביום
FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL 16			1	

"נחתם דיגטלית"	136373	ד"ר שאדן אבו ריא
חתימה וחומת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא

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



ס.ה.ר. 1

הפניה למיין

דף 2

עליפי חוק הגנת הפרטיות***

36

המסמך מכיל ג

תאריך ושעת ההדפסה: 08:31 25/07/2024
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' יצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מר. 34136	אח/ות אחראי/ת: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: אוריאל	ת.ז.: 209279413
תאריך לידה: 05/07/1999	גיל: 25	טלפון: 0552918111
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: אלעזר דוד 23 אור יהודה 6031223 אור יהודה

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 24/07/2024 21:41 מספר מקרה: 13226313

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



תלונה עיקרית

כאבי גב

מחלה נוכחית

בן 25, בריא בד"כ ללא אלרגיות ידועות.
ברקע - 11/23 עבר תאונת דרכים, מאז סובל מכאבים כרוניים בגב התחתון וכאבי ראש. מטופל במשככי כאבים באופן קבוע.
CT אחרון מפברואר 25: בלט דיסק אחורי עם לחץ קל על השק הדורלי בגובה L3-L4, L4-L5, L5-S1.

מזה יומיים סובל מהחמרה בכאבי הגב, עם הקרנה לרגל ימין ותחושת נימול וזרמים עד גובה הקרסול.
בנוסף הגבלה בתנועה עקב הכאב.
כמו כן קיימת החמרה בכאבי הראש עם תחושת לחץ וטשטוש ראייה.
שולל חולשה בגפיים התחתונות.
שולל אי שליטה עם סוגרים.
שולל חבלה נוספת לאחרונה.

אבחנות במיון

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			724.5	אבחנה BACK PAIN

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה
06:37 25/07/2024	36.7	140 / 80	60	3	99
22:05 24/07/2024				9	

בדיקת שתן

תאריך ושעה	US - שארית שתן
00:44 25/07/2024	30

מטופל מונשם

סודי רפואי

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	-------	----------------------------

תאריך ושעה	סטורציה
06:37 25/07/2024	99

בדיקות דם

תאריך ושעה	ספירת דם	כימיה
22:29 24/07/2024	בוצע	בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	תפקודי קרישה
22:29 24/07/2024	בוצע

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
05:49 25/07/2024	השגחה
04:42 25/07/2024	השגחה, ממתין לפיענוח
02:24 25/07/2024	ממתין ל-CT
02:21 25/07/2024	השגחה, ממתין ל-CT עמו"ש

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה
06:37 25/07/2024	36.7	140 / 80	60	99

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב	סטורציה	ספירת דם
06:37 25/07/2024	3	99	
22:29 24/07/2024			
22:05 24/07/2024	9		בוצע

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
PARACETAMOL B. BRAUN INJ 1000 mg	Once	00:23 25/07/2024	INJ 1000 mg I.V
OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg	Once	23:58 24/07/2024	mg I.V 1000
TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg	Once	00:08 25/07/2024	mg I.V 100 mg I.V 10
TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg	Once	06:39 25/07/2024	mg I.V 100 mg I.V 10

סיכום

בדיקה פיזיקלית לפני אנלגטיקה:
 כאוב.
 תבנית הליכה אנטגית, צליעה של רגל ימין.

נבדק על ידי צוות אורתופדי-

שולל דגלים אדומים לרבות אי שליטה על סוגרים או ירידה בתחושה פריאנאלית.
 ירידה ב TA אך ייתכן כי אנטלגי למרות שקיבל משככי כאבים.

השלים CT, פענוח זמני:

עמדה תקינה של עמו"ש
 מרקם גרמי תקין, ללא עדות לשבר טרי, ללא ממצא מוקדי.
 שינויים דיסקוגנים מינימליים, עם בלטי דיסק קלים בגובה L3-L4 ו- L4-L5, ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.
 לסיכום:
 שינויים דיסקוגנים מינימליים ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

בבדיקתו הבוקר,
 עדיין כאוב אך כוח גס שמור בפיזור L2-S1.
 ללא רפלקסים פתולוגיים.

בבדיקת CT בלטי דיסק קלים בלבד, טרם פענוח רשמי.

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

כאמור ללא דגלים אדומים במיון.

המלצות:

סבב נוסף של שיכון כאב- כעת מקבל
המתנה לפענוח רשמי במידה של ממצאים חריגים תיוגנו החוזר
המשך טיפול מלר"ד, במידה ועדיין כאוב ניתן לשקול אשפוז לאיזון כאב/ מרפאת כאב
השלמת MRI עמ"ש מותני וביקורת מרפאת עמ"ש / מומחה עמ"ש לאחר מכן , טל לקביעת תור 03-6974000
ביקורת מרפאת כאב במוסדנו
חופשת מחלה
בהחמרה לשוב למיון

השלים CT -
CT עמ"ש ללא חומר ניגוד

פרטים קליניים:
בן 25 כאבי גב וחולשה של הרגל.

ללא בדיקה קודמת להשוואה.

טכניקה: ע"ש המותני נסרק מגובה T12 עד גובה S1.
בוצעו שחזורים סגילים במקביל למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

עמדה תקינה של עמ"ש
מרקם גרמי תקין, ללא עדות לשבר טרי, ללא ממצא מוקדי.

שינויים דיסקוגנים מינימלים, עם בלטי דיסק קלים בגובה L3-L4 ו- L4-L5, ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

לסיכום:

שינויים דיסקוגנים מינימלים ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול.
דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה.

טרם שחרור- ערני, מתהלך. מציין כי עדיין כאוב אך בשיפור
מצבו הכללי טוב ומאפשר שחרור לביתו

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל
ניתן מרשם זמני למשככי כאבים- יש לפנות לרופא המשפחה להמשך מעקב ואיזון
המלצות אורתופדיה- השלמת MRI עמ"ש מותני וצווארי וביקורת מרפאת עמ"ש / מומחה עמ"ש לאחר מכן , טל
לקביעת תור 03-6974000
ביקורת מרפאת כאב במוסדנו
חופשת מחלה 7 ימים
קידום יציאות לפי צורך- שמן פרפין, ללא צורך במרשם
אין ליטול במקביל לנטילת הארקוקסיה תרופות נוספות מקבוצת NSAIDS
בהחמרה לשוב למיון
חופשת מחלה: 7 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	1000 מ"ג = 40 טיפות		1	7 ימים	3 X	1000 mg	P.O	OPTALGIN DRP 500mg=20 drp=1mL (DIPYRONE)

סודי רפואי

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	-------	----------------------------

מרשם ✓	הערות	יחידות לניפוק 1	אריזות לניפוק	משך 7 ימים	תדירות ביום X 1	מינון 90 mg	אופן מתן P.O	שם התרופה
✓	טבליות פרקוסט חמישה מ"ג שלוש פעמים ביום למשך שבעה ימים, סך הכול עשרים ואחת טבליות	21		7 ימים	ביום X 3	5 mg	P.O	PERCOCET 5 TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE HCL)
✓				7 ימים	ביום X 1	90 mg	P.O	ARCOXIA TAB 90 mg (ETORICOXIB)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפלו

תוצאות מעבדה

24/07/24 22:29	ערכי ייחוס	* בדיקות
תפקודי קרישה		
PT, Sec - blood	Sec	10.03 - 12.43
PT, INR		0.97 - 1.19
PTT	Sec	25.00 - 34.00

ספירת דם

RBC	10e6/ μ L	4.3 - 5.8	4.7
Hemoglobin	g/dL	13.2 - 17.0	14.4
HCT	%	39 - 49	41
MCV	fL	80.0 - 96.0	88.6
MCH	pg	26.0 - 34.0	30.8
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	34.8
RDW	%	0.0 - 15.0	13.0
NRBC/100 WBC	%		0.1
WBC	10e3/ μ L	4.0 - 11.0	11.7 ↑
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	57.8
Neutrophils No.	10e3/ μ L	1.4 - 6.0	6.7 ↑
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	33.7
Lymphocytes No	10e3/ μ L	1.2 - 3.0	3.9 ↑
Mono%	%	2.0 - 13.0	5.8
Monocytes No.	10e3/ μ L	0.0 - 1.3	0.7
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	2.2
Eosinophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.4	0.3
Basophils%	%	0.0 - 1.9	0.5
Basophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.2	0.1
Platelet, automated count	10e3/ μ L	150 - 450	260
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	8.4
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			1.7

כימיה בדם

Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	88
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	7
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	137.0
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5.00	3.83



שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

בדיקות *	ערכי ייחוס	24/07/24 22:29
Chloride - blood	mmol/L 95 - 110	105
Creatinine	mg/dL 0.70 - 1.30	0.72
CRP (WIDE RANGE)	mg\L 0.00 - 5.00	1.00
eGFR	ml/min/1.73m 60 - 200	130

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד אדהאם	אח/ות משחררת	25/07/2024 08:31

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר להב זיו אריה מר. 127358	רופאה משחררת	25/07/2024 08:25

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיין או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים



בימים אלה, כולנו ביחד.
אנחנו כאן באיחילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוקה לסייע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב- 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית- 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי- 118



מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, - 41 - מלווה במתח נפשי ובדידות.

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzchut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



שימוש בתרופות ממשפחת האופיאטים

תרופות ממשפחת האופיאטים משמשות לטיפול בכאב בינוני עד חמור (בהתאם לתכשיר). לתרופות אלה חשיבות גדולה בטיפול התרופתי בכאב, אך השימוש בהן עלול לטמון בחובו סיכונים. בשל כך, ישנה חשיבות גדולה כי הטיפול יעשה בהתאם להנחיות הרופא המטפל תוך מעקב צמוד.

תרופות ממשפחת האופיאטים עלולות לגרום להתמכרות, בעיקר בשימוש ממושך והינן בעלות פוטנציאל לשימוש לרעה ולמינון יתר. תגובה למינון יתר יכולה להתבטא בנשימה איטית ואף לגרום למוות.

הוסבר לי כי התרופה שניתנה לי Percocet (למלא את שם התרופה), הינה תרופה ממשפחת האופיאטים, ולכן כל ההסבר בטופס זה רלוונטי לגבי הטיפול שלי.

הוסברו לי גם האפשרויות החלופיות לטיפול בתרופה זו על ידי טיפולים תרופתיים שאינם ממשפחת האופיאטים, ביצוע טיפולים פארה-רפואיים שאינם תרופתיים לרבות היתרונות והחסרונות של הטיפולים הללו. הובהר לי כי לשימוש בתרופות ממשפחת האופיאטים, פוטנציאל גדול להתפתחות סבילות (כלומר שעם הזמן הם משפיעות פחות על הכאב) ותלות בתרופות ככל שהשימוש בתרופות אלו מתמשך.

כמו כן הובהר לי שחל איסור לקחת מינון שונה מזה שרשם הרופא שאין למסור את התרופות לאדם אחר או להשתמש במרשמים לאופיאטים שניתנו לאדם אחר וכי עלי למסור לכל גורם מטפל (רופא, אחות, פסיכולוג וכו') מידע על תרופות ממשפחת אופיאטים שאני נוטל והמינון שלהן.

הוסבר לי גם כי הפסקת נטילת התרופה צריכה להיות בהתאם להנחיות הרופא, ולאחר התייעצות עימו, תוך הפחתה הדרגתית במינוני התרופות, וזאת כדי למנוע, ככל האפשר, תופעות של גמילה (כגון: אי שקט, הזעה, סחרחורת תחושה כללית רעה ועוד)

למידע נוסף ממשרד הבריאות:

עברית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids2/he/files_safety_information-library_opioids_en.pdf

ערבית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids/he/files_safety_information-library_opioids_ar.pdf

אנגלית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids2/he/files_safety_information-library_opioids_en.pdf

שם המטופל/ת:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי כל האמור בטופס זה הוסבר לי, וכן קיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בקבלת תרופה ממשפחת האופיאטים, על החלופות לטיפול זה, הסיכונים שבנטילת תרופות אלו, על ההגבלות ואופן הנטילה הנכון מד"ר/פרופ' _____, והחלטתי ליטול את התרופות לאחר שהבנתי את ההסברים.

חתימת המטופל/ת

תאריך

אני הח"מ, ד"ר/פרופ' גרמן מאשר כי הסברתי את כל האמור לעיל למרגב אורטל וכי הנ"ל חתם על הטופס לאחר שהבין את מלוא ההסברים

חתימת הרופא
28/07/24
1204

28/07/24
תאריך



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים רפואיים

(עמודים 46 עד 46)



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

אוריאל מרציאנו - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אוריאל מרציאנו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי בתחום האף, אוזן וגרון ובתחום הנוירולוגי 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 פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 48 עד 50)



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
מזרזיאל	אריאל	209279413	יהודה
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
452 סק	23	6031223	0552418111

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 בצח"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 26.8.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)אריאל פריברג עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל פרייברג
ת.ז.ח.פ. מס' 709279413, מרחוב אריאל פרייברג 23 א"ר יהודה,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 25 לחודש 8 שנה 24

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ אוריאל מרציאנו בעל ת.ז. 209279413 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:	_____

X _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 26.8.23 הופיע/ה בפני _____ אוריאל מרציאנו (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 209279413 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