



לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 12, ת.ד. 10957

רמת גן 52008

תאונה מיום 14/05/2023
הנדון: משה אלון, ת.ז. 27750488
פוליסת תאונות אישיות

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. בתאריך 14.5.23, בשעה 08:00 או בסמוך לכך, בכביש 443, ק"מ מס' 8, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 41-467-30 אשר התנגש בו בחוזקה והתובע נחבל בגופו (להלן: "התאונה").
רצ"ב אישור משטרה, מסומן "1".
2. ממקום התאונה הובהל התובע באמבולנס לבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
3. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם, מכאבי ראש וטינטון, טופל במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותו לבדיקת אף, אוזן וגרון, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
4. בבדיקת התובע הודגמו הגבלות ניכרות בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני והוחלט להפנותו בנוסף גם לביצוע טיפולי רפואה משלימה והמלצה לעבודה נורודינמית לגפיים.
5. התובע נבדק ע"י מומחה אף, אוזן וגרון אשר הפנה את התובע לבדיקת שמיעה אשר הדגימה ירידה קלה בשמיעה וטנטון.
6. התובע הופנה להמשך מעקב רפואי, בדיקות נוספות והמשך טיפולי רפואה משלימה.
רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "2".
7. ד"ר אייל הנדלר, מומחה בכירורגיה אורתופדית וניתוחי עמוד שדרה, אשר בדק את מרשי קובע את נכותו כדלקמן:
א. 20% נכות בגין הגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי על פי סעיף ליקוי 37.5(ב).



ב. 20% נכות בגין הגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני בדרגה בינונית לפי סעיף ליקוי 47.(7). (ב).

רצ"ב חוות דעת ד"ר הנדלר, מסומנת "3".

8. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, לפיצוי בגין נכות מתאונה.

9. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהעברת הפיצוי לו זכאי מרשי לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.

מכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 5 עד 10)	5
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 24)	12
נספח 3: חוות דעת (עמודים 26 עד 28)	26
נספח 4: יפוי כח ווסר חתומים ומלאים (עמודים 30 עד 33)	30



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 5 עד 10)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
כתובת הרצל 206, רחובות
טלפון 089371599
פקס 089770134
דואל bohanim.shfela@police.gov.il

מספר תיק פלא 219722/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ד
תאריך 05/06/2023, ט"ז סיון תשפ"ג, 14:33

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/05/2023 בשעה 08:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 443 ק"מ מס 8.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4146730	פרטי נוסעים	פיאט איטליה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	1352631603	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	22513980	פפו רונן	30/06/1966	כ האורנים, יפה נוף 53		
נהג	324198167	פפו אושר	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה
נוסע	324198159	פפו מתן שמואל	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל



פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
43819802	פרטי נוסעים	טויוטה טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
מנורה	3323156824	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	27750488	אלון משה	26/03/1970	מודיעין, תפוח 9	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
1415433	פרטי נוסעים	רנו טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	22172969	גואטה רפאל	07/03/1966	מודיעין, עמק דותן 3		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
3	בחקירה	21/05/2023

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

פרטי המטפל בתיק



שם פרטי	שם משפחה	מ"א
עִינָת	עוזרי	1902932

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1045400	דרור	ישראלי	רסב	חוקר משל

מקום שרות

משרד אחמ מודיעין שפלה

חתימה
05/06/2023 14:33

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל







נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 24)





המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח"ת אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ללא את
חוכו וללא אישור פרט שהוא ממש לכל אדם ואין גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבע בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: אלון	ת. לידה: 26/03/1970 גיל: 53
שם פרטי: משה	ת. זהות: 27750488 מין: זכר
כתובת: סיון 3 מודיעין 7174552	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 052-5796759	שם האב: שלמה שם האם: ליליאנה
זמן קבלה: 08:52 14/05/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 09:09 14/05/2023	מספר מקרה: 12020974
זמן שחרור: 10:00 14/05/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			338.11	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 53, היה מעורב בת"ד כאשר רכב שני נכנס מאחור, נחבל בגב, צוואר, ללא אובדן הכרה ללא הקאות
בבדיקה - בהכרה מלאה, GCS 15 ללא מצוקה נשימתית
ראש סימטרי, ללא סימני חבלה אישונים שווים מגיבים אור, ללא ניסטגמוס
בית חזה סימטרי לא רגישות מעל צלעות או סטרנום
כוח גס שמור ללא סימני צד
תנועות גפיים ע"ש מלאות

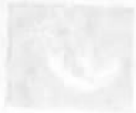
מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
121/81	69	36.7	95

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
מעקב רופא מטפל
קומפרסים חמים
זופשת מחלה: 2 ימים.

חלטה רפואית: שחרור



רפואת
האזנה
רפואת

סודי רפואי
המשך מכתב: 27750488 משה אלון

המחלקה המרכזית לבריאות
העם
מחלקת
רפואת

חתימת רופא

זמן חתימה

14/05/2023 09:57

תפקיד

רופא/ה בכיר/ה

שם החותם

ד"ר סטפנסקי אלברט מר. 34732



המחלקה המרכזית לבריאות

העם

מחלקת

רפואת

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

מחלקת

רפואת

המחלקה המרכזית לבריאות

המחלקה המרכזית לבריאות

המחלקה המרכזית לבריאות

שם	תאריך	מחלקה	רופא	מחלקה	שם
1	2023	1	2	3	4

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

המחלקה המרכזית לבריאות

שם	תאריך	מחלקה	רופא	מחלקה	שם
1	2023	1	2	3	4

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

העם

המחלקה המרכזית לבריאות

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028399

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

0027750488

התייעצות מומחה

- במכבי

אף אוזן גרון

תחום שירות:

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

יש כאב ראש וטנטון

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS

מעשנת/ לא

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על חוות דעתך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

0027750488

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאספה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:



מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/05/2023

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.



סיכום מידע רפואי

לכבוד:

תאריך: 30/05/2023
ת.ז: 27750488
מין: זכר ○ נקבה ●

אלון משה
53.2

שם מטופל:
גיל:

בן 53
בתאריך 14.5.2023 עבר תאונת דרכים, מנגנון אחורי וקדמי.
פונה למיון בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר צילומים.
מלין מכאבים צוואריים הולכים ומחמירים, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי וחגורת הכתפיים.
בנוסף כאבים בעמ"ש מותני וחגורת המתניים, הגבלה בתנועות בעיקר כיפוף קדמי.

תלונה עיקרית:

מחלה נוכחית:
מחלות או ניתוחים בעבר:
תחפו:

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם
הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי על חשבון רוטציות כ-30 מעלות לכל כיוון מלווה בכאבים בסוף תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף תנועה. רגישות פראספינאלית דו"צ.

הגבלה בתנועות עמ"ש מותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים לירך מקורבת מלווה בכאבים והחמרת הכאב בזמן אקסטנציה של עמ"ש מותני. הגבלה בתנועות רוטציות של עמ"ש

בדיקה:

ידיים ורגליים - כח גס תקין ללא קיפוח עצבי
ללא ערות החזרים או החזרים פתולוגיים

בדיקות עזר:

צילום-
מיפוי-
CT
MRI
U-S
E.M.G

BACK PAIN
CERVICALGIA
MVA INJURY
WHIPLASH INJURY

אבחנה:

פיזיותרפיה לחיזוק שרירים, שיפור טווחי תנועה, עבודה נוירודינמית לידיים ולרגליים
רפואה משלימה- דיקור, שיאצו, טוינה
משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה

המלצות:

הערות:

ד"ר אייל הנדלר
מומחה לכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 1-120667-1 מ.ר.מ. 1-39753

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי



קוד הפניה: 026

טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידין 37 מודיעין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון שמיעה

תלונות: כחודש לאחר תאונת דרכים מבזמן עבודה, חבלה מסוג WHIPLASH

חש כאבי אוזניים, ציפופים

שולל סחרחורות, היו בהתחלה מייד לאחר התאונה

ממצאים: נוקה צרומן, תופיית תקינות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS Bi-Lateral

בעיות ידועות:

FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62

ASTHMA (12/2017)

OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

הבדיקה הדרושה	*
92557	

בדיקת שמיעה מעל גיל 5

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/06/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

תאריך: 18/09/2023
מ.ר גורם מפנה



017210

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אלון

שם פרטי: משה



0027750488

ת.לידה: 26/03/1970

מין: ז

טלפון: 0778832368

ת.ז.: 27750488

טל.עבודה/נייד: 0525786759

מיקוד: 7171415

כתובת:

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר יניב דן

בבדיקה שנעשתה ב: 18/09/2023

עקב: תאונת דרכים במנגנון שרשרת ב-14.5.2023, במסגרת העבודה. מאז כאבים בצוואר עם קרינה לכתף ימין. נימול בידיים בלילות לעתים.

ממצאים: הליכה תקינה. הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גדיים תקינים ושווים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

סיכום והמלצות: הפניה לפיזיותרפיה הפניה לצילומים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

18/09/2023

תאריך

פרופ' אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה של ילדים
מ.ר 14401 017210

חתימה וחותמת הרופא

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאספה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:



מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/05/2023

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.

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין, רח' תלתן 8, טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00, ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00.

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

טיפול	רופא/מטפל	שעה	יום	תאריך	מרפאה	#
טווינא	כהן יתיר	17:00	ד	15/11/2023	מודיעין	1
טווינא	כהן יתיר	17:20	ד	15/11/2023	מודיעין	2
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:30	ה	16/11/2023	מודיעין	3
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	23/11/2023	מודיעין	4
טווינא	כהן יתיר	19:20	ה	23/11/2023	מודיעין	5
טווינא	כהן יתיר	19:40	ה	23/11/2023	מודיעין	6
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	30/11/2023	מודיעין	7
טווינא	כהן יתיר	19:20	ה	30/11/2023	מודיעין	8
טווינא	כהן יתיר	19:40	ה	30/11/2023	מודיעין	9
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	07/12/2023	מודיעין	10
טווינא	כהן יתיר	19:20	ה	07/12/2023	מודיעין	11
טווינא	כהן יתיר	19:40	ה	07/12/2023	מודיעין	12
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	14/12/2023	מודיעין	13
טווינא	כהן יתיר	19:20	ה	14/12/2023	מודיעין	14
טווינא	כהן יתיר	19:40	ה	14/12/2023	מודיעין	15
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	21/12/2023	מודיעין	16
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	28/12/2023	מודיעין	17
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:30	ה	04/01/2024	מודיעין	18
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:50	ה	11/01/2024	מודיעין	19
דיקור (אקופונקטורה)	בן אורן	18:40	ה	18/01/2024	מודיעין	20

דיקור (אקופונקטורה): 10, טווינא: 10

- לתשומת ליבך,
- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,

צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קבלה 2101300104025 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדיעין: מרפאה
תאריך: 12/11/2023
עבור: אלון משה, ת"ז: 27750488, ח.פ.: , כתובת: תפוח 3, מודיעין
הערות: 10 דיקור 10 טווינא 1 יעוץ
מקושר ל:
סוג:

סכום	כרטיס	סוג עסקה	חברת אשראי	סוג תשלום
1,022.00 ₪	1732*	תשלומים(3)	ויזה כ.א.ל	אשראי

סה"כ: 1,022.00 ₪

מספר שובר: 04003016, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכויות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנו המבצע.
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי בירתת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה:

מכבי טבעי
מרפאת מודיעין
מכבים רעות
טל': 08-9737800

הופק על ידי: ואן ראלט רות 12/11/2023 19:16



טפקטור - מכון שמיעה וזיכור

בהנהלת דורית ספקטור - קלינאית תקשורת M. A.

מרכז רננים, קומה ב' מכבים טל: 08-9266620 פקס: 08-9262142

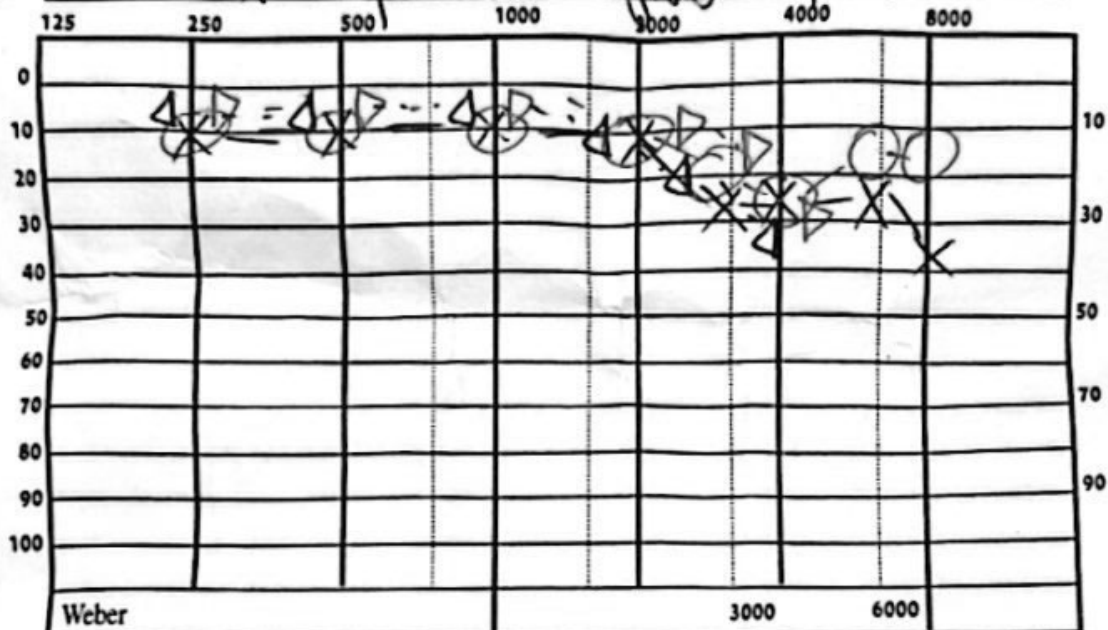
הבודק **מידן עדי**
קלינאית תקשורת
מ.ר. 13-122771

מס' זהות **027750488**
תאריך **19/11/23**

טיפוס האודיאומטר Piano inventis

בדיקה אודיולוגית

שם הנבדק **אסתר** תאריך לידה **1970**
טלפון **052-5786757** גורם / מפנה **33 ב.ה.ל.ק**
סיבת ההפניה **קופ"ח כללית/מכבי/לאומית/מאוחדת** פרטיות **05/23**
אנמנזה: **ימצא קול בשמיעה** **האזנה אקוסטית**



עברית / אנגלית	SPEECH AUDIOMETRY			
	Rt.	MASK	Lt.	MASK
S.R.T.	10		15	
DISCR %	100%		92%	
D.B.	45		50	55
S.R.T BONE				
TOLER				
M.C.L				

TYMPANOMETRY					REFLEX			
EAR	TYPE	ECV	dapa	cm'	IPSI		CONT	
					1KHz	2KHz	1KHz	2KHz
R								
L								

שיתוף פעולה ☒ טוב ☐ בינוני ☐ נמוך

סיכום הבדיקה: **השמיעה נורמלית**
אופן ימין: **שמיעה נורמלית**
אופן שמאל: **שמיעה נורמלית**
המלצות: **המשך מעקב**

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות
קבלה 2101300106550 - מקור

ק"ר מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדיעין: מרפאה:
תאריך: 11/01/2024
עבור: אלון משה, ת"ז: 27750488, ח.פ.: כתובת: תפוח 3, מודיעין
הערות: 12 טיפולים
מקושר ל:
סוג:

סכום	כרטיס	סוג עסקה	חברת אשראי	סוג תשלום
586.96 ₪	1732*	רגיל	ויזה כ.א.ל.	אשראי

סה"כ: 586.96 ₪

מספר שובר: 55001014, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף - בכפוף לזכויות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנו המבצע.
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית.
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת).
- יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית.
- זאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא - לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה. הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק.

חתימה: **מכבי טבעי**
מרפאת מודיעין
מכביס דליות
טל': 08-9737800

הופק על ידי: משריקי אסייג ורוניק 11/01/2024 19:21

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין, רח' תלתן 8, טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00, ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00.

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	מודיעין	18/01/2024	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
2	מודיעין	25/01/2024	ה	19:10	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
3	מודיעין	01/02/2024	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
4	מודיעין	08/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
5	מודיעין	08/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
6	מודיעין	08/02/2024	ה	19:20	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
7	מודיעין	15/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
8	מודיעין	15/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
9	מודיעין	15/02/2024	ה	19:20	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
10	מודיעין	22/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
11	מודיעין	22/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
12	מודיעין	14/03/2024	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
13	מודיעין	14/03/2024	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
14	מודיעין	21/03/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
15	מודיעין	21/03/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
16	מודיעין	28/03/2024	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
17	מודיעין	28/03/2024	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא

דיקור (אקופונקטורה): 5, טווינא: 12

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,

צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabiltivi.co.il

נספח 3 :

חוות דעת

(עמודים 26 עד 28)



ד"ר אייל הנדלר
 מומחה לכירורגיה אורטופדית וניתוחי עמוד שדרה
 מ.ר. 1120667
 מ.ר.מ. 1-39753
 מרפאה- רח' שטרית 6 תל אביב (הדר יוסף) מספר טלפון – 03-6482333

אני החתום מטה, דר' אייל הנדלר, בעל מ.ר. לעסוק ברפואה 1120667, מ.ר. מומחה 139753, מעיד בזאת כי ביום 2.4.2024, בדקתי את מר משה אלון ת.ז. 27750488 לחוות חוות דעת רפואית על מצבו הרפואי בגין תאונת דרכים בה היה מעורב בתאריך 14.5.2023.

נסיוני-

- בוגר בית ספר לרפואה "דברצן" הונגריה 2010
- התמחות בכירורגיה אורטופדית בית חולים "קפלן"
- תת התמחות בניתוחי עמוד השדרה בית החולים "הדסה"
- רופא בכיר במחלקת אורטופדיה בית החולים "קפלן"
- כעת רופא בכיר במחלקת נוירוכירורגיה בית החולים "בילינסון" פתח תקווה
- חבר בהסתדרות הרפואית בישראל
- חבר באיגוד האורתופדי הישראלי
- חבר באיגוד הישראלי לניתוחי עמוד שדרה
- חבר ב AO SPINE



תולדות המקרה-

מפיו של מר משה אלון
בתאריך 14.5.2023 היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון אחורי וקדמי.
פונה למיון בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר בדיקת רופא, צילומי רנטגן ואולגטיקה.
מאז התאונה מלין על כאבים הולכים ומחמירים בצוואר, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמוד השדרה
הצווארי, חגורת הכתפיים ועמוד השדרה המותני. מציין כי הכאב בין השכמות ולעיתים מלווה בתחושת
נימול והקרנות לידיים.
מטופל שמרנית ע"י פיזיותרפיה, רפואה משלימה, נוטל נוגדי כאבים על בסיס יומיומי, החליף מספר כריות
שינה וחש אי נוחות מתמדת באיזור עמוד השדרה הצווארי וגבי עליון.

בבדיקה-

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם.
הגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי על חשבון רוטציות כ 30 מעלות לכל כיוון מלווה בכאבים בסוף
תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף התנועה. רגישות נוקשות פראספינאלית דו"צ.
הגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים לירך מקורבת
מלווה בכאבים והחמרה הכאב בזמן אקסטנציה של עמוד השדרה המותני.
הגבלה בתנועות רוטטוריות של עמוד השדרה המותני.
ידיים ורגליים- כח גס תקין בכל התחנות ללא קיפוח עצבי.
ללא ערות החזרים ללא סימנים פיראמידליים.
NV תקין



ד"ר אייל הנדלר
מומחה לכירורגיה אורטופדית וניתוחי עמוד שדרה

מ.ר. 1120667

מ.ר.מ. 1-39753

מרפאה- רח' שטרית 6 תל אביב (הדר יוסף) מספר טלפון 03-6482333

סיכום ומסקנות-

מר משה אלון סובל מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני מאז תאונת דרכים שעבר במאי 2023.

מנסה טיפולים שמרניים ללא הטבה משמעותית. קיימת הפרעה תפקודית. בנוסף נוטל נוגדי כאבים.

לאור הנ"ל מעריך את נכותו לפי-

לפי סעיף 37. (5). (ב). הגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי בדרגה בינונית 20%

לפי סעיף 37. (7). (ב). הגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני בדרגה בינונית 20%

הצהרה:

תעודה זו ניתנה על ידי, לשם הגשתה כראייה לבית המשפט.

הריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות שנתתי בבית המשפט.

בברכה, ד"ר אייל הנדלר

ד"ר אייל הנדלר
כירורגיה אורטופדית
עמוד שדרה
מ.ר. 1120667
מ.ר.מ. 1-39753

נספח 4 :

יפוי כח ווסר חתומים ומלאים

(עמודים 30 עד 33)



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
מילר	דניאל	027750488	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
מ/ר	9	ירושלים	

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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 19.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

יפוי כח

אני הח"מ, _____
ת.ז. מס' _____, מרחוב _____,
ממנה בזה את עויד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתו, 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 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 19 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

