

תאריך חתימת המסמך : 24.9.24

התובע : **אמיר ברקוביץ, ת"ז 028128452**
מרחוב הצדף 18, יבנה

טלפון: 053-7215228

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

– נ ג ד –

הנתבעת : **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300, פקס: 03-9620303
דוא"ל: poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלת"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט כבד 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 הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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



חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 7.4.1971, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש באופנוע הנושא מ"ר 790-85-001 (להלן: "הרכב/האופנוע").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב, אישור משטרה-דו"ח פציעה ומסמכי חבות, 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 במועד בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה, התקשה ומתקשה התובע בביצוע עבודתו, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להזדקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזדקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 28.01.24, בשעה 12:00 או בסמוך לכך, ברחוב דרך שלמה (סלמה) 18, תל אביב-יפו, במהלך ירידת התובע מהאופנוע נפל התובע ונחבל (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה פנה התובע לקבלת טיפול רפואי במוקד "טרס" שם אובחנו חבלות ביד שמאל, בצילום דימות נמצא שבר במפרק שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי

ראשוני שוחרר התובע לביתו כשידו נתונה בסד גבס, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות מרפק וזרוע יד שמאל, פנה לקבלת טיפול רפואי במסגרת קופת החולים, שם הוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה ממושכת בת 30 ימים.

10. נוכח הימשכות הכאבים וקושי ניכר בהנעת המרפק וזרוע ידו השמאלית הוחלט על הפניה להמשך מעקב רפואי ומנוחה נוספת בת שבועיים ימים.

11. חרף סדרת טיפולים, התובע אשר ממשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות מרפק וזרוע שמאל, הופנה לחבישת שרוול אלסטי, הופנה להמשך מעקב רפואי ושימוש בתרופות לשיכוך כאב.

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

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות מרפק וזרוע שמאל, מקושי בהרמה, נשיאה וביצוע מטלות, קושי בביצוע תפקודים ידניים, צורך בשימוש במשככי כאבים והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע מפקד יחידה במשטרת ישראל, עבודה פיזית הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בכשירות פיזית, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, קידומו נפגע ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

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

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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



17. לחלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – 85,000 ₪
- (2) עזרת הזולת בעבר – 17,000 ₪
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – 8,720 ₪
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – 4,620 ₪

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק 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) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

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: דוח פציעה (עמודים 7 עד 10)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 21)	12
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 23 עד 23)	23
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 25 עד 28)	25



נספח 1 :

דוח פציעה

(עמודים 7 עד 10)





התייחסות המפקד - נסיבות פציעה

במתקן/מבנה משטרה

האירוע התרחש למיטב ידיעתי:

המלצה: ממליץ לאשר את הדו"ח

פרטי המפקד

שם פרטי ומשפחה: נתן יקוטי

מספר אישי: 01187640

תפקיד: מפקד יחידת שיטור וקהילה

דרגה: רב פקד

הערות:

נפל עם האופנוע בחניון של המחוז, דיווח בזמן אמת ופנה לטיפול רפואי.

התייחסות רווחה

פרטי קצין רווחה

שם פרטי ומשפחה: אושרי בן דוד

מספר אישי: 01234996

תפקיד: קצין רווחה

דרגה: מפקח

אישור /ממתין להשלמת מסמכים: מאושר

הערות ק' רווחה: נפילה מהאופנוע בחניה של מתקן משטרה בזמן עבודה

התייחסות מדור נפגעים – אישור/דחיית הפניה

פרטי קצין יחידת נפגעים

שם פרטי ומשפחה: מורן אחדות

מספר אישי: 01905526

תפקיד: מש"ק אמ"ש

דרגה: רב סמל ראשון

החלטת מדור נפגעים: אישור

האירוע התרחש: בתפקיד

הערות חוליית נפגעים:



אברי גוף שנפגעו

* במקרה של פגיעה בשיניים יש לצרף אישור מרופא שיניים על מהות הנזק עד 72 שעות משעת הפציעה.

איברי גוף: ידיים

עדים לארוע –

עדים לארוע	מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	כתובת	טלפון

אשפוז

חבר קופת חולים: מכבי

תאונת דרכים

חובה לצרף טופס כתב המחאת זכות לחתימה

הצהרות חובה

☒ ידוע לי כי אם ישולמו לי החוזרים כספיים בגין הוצאות רפואיות הנובעות מפציעה זו – אין בעצם התשלום

אסמכתא לכך שהפציעה היא פציעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה

סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בתפקיד. כן מובא בזאת לידעתי כי אישור קצין

נפגעים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין מיצוי זכויות

כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

☒ הריני מתחייב בזאת כי במידה ואניש תביעה למוסד לביטוח לאומי, וימצא לנכון לקבל את תביעתי,

ולשלם לי פגיעה בגין ימי מחלה שנעדרתי עקב חבלה בעבודה/ מחלת מקצוע, עלי להעביר התשלום

למשטרה, מאחר ומדובר בתשלום יתר, שכן משטרת ישראל משלמת לי שכר מלא על אותם ימים. במידה ולא

אעביר את תשלום היתר כמתבקש לעיל – ידוע לי כי יגבה הסכום על ידי החשבות, באמצעות גיבוי שכרי.

☒ בחתימתי זו, אני מאשר כי כל הנתונים עליהם הצהרתי בבקשה זו הינם נכונים.

☒ הבנתי כי בשל הצהרה שאינה נכונה ומדויקת אני צפוי לטיפול משמעתי ואף לסיום העסקתי.



דו"ח פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי 08.01.09; 09.04.01)

תאריך: 7/25/24

פרטים אישיים

שם פרטי:	אמיר	שם משפחה:	ברקוביץ
מספר אישי:	01036177	דרגה:	רב נגד
מס. ח.ד:	028128452	גיל:	52
יחידת שרות:	יחידת סיור 4 דו גלגלי בני ברק 15004890		
משרה:	70090308 מפקד קבוצת סיור/אופנוען		
קבוצת עובדים:	עובד הארגון		
תת קב.עובדים:	שוטר		
כתובת מגורים:	הצדף בית 18 יבנה ישראל		
טלפון נייד:	0537215228		

נתוני דיווח פציעה

תאריך פציעה:	28/01/2024
שעת פציעה:	12:00:00
סיבת פציעה:	תאונת דרכים
נסיבות הפציעה:	נפילה מאופנוע לצד במצב עמידה

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 21)



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים _	תיק מס': 128116	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 192620	תאריך ביקור Visit Date: 17:18 28/01/2024
-------------------------	--------------------	-----------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. באקר גרגאוי	שם: אמיר ברקוביץ תז: 028128452	תודה רבה לאחיות מכבי-מוקד על הפנייה זו ל-טרם מכבי
---	-----------------------------------	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0537215228 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx radius head	
Pulse: 98, O2sat: 99, BP: 112/76 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 07/04/1971 Age: 52 years 9 months	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 52, בריא בדרך כלל נפל מאופנוע שהיה עומד, לא בנטיעה ללא סיפור של חבלת ראש, ללא הקאות או איבוד הכרה מלין על כאבים במרפק ושורש כף יד שמאל === בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, לא במצוקה מרפק שמאל- רגישות באיזיר ברוקסימאלי אולנה וראש רדיוס עם נפיחות קלה ללא המטומה, ללא דפרמציה כאבים בברונציה וספינציה תחושה שמורה, דפקים נמושו טווח תנועה עם כאבים והגבלה עד 90 מעלות שורש כף יד שמאל- רגישות באיזור דסטאל אולנה ללא נפיחות, ללא המטומה או דפרמציה טווח תנועה עם כאבים, ללא הגבלה ללא רגישות ב SB === מהלך ודיון: צילום שורש ומרפק- שבר בראש רדיוס טופל עם סד גבס מעקב רופא טמפל מעקב רופא אורטופיד בקופה משככי כאבים לפי הצורך רפואה שלמה! יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק	
Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסקרו בתיק)
Cast	צילומים שבוצעו: מרפק שמאל <<<

ראה צילומים

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Sling, Cast Posterior Long Arm Splint-Left

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן כי אתה סובל משבר באחת או יותר מהעצמות.
ניתן להקל על הכאב על ידי נטילת משככי כאבים וחבישת גבס לפי הצורך.

יש לפנות לאורתופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך הטיפול.

יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב חזק או שהינך מרגיש לחץ מהגבס.

גבס נועד להחזיק את השבר במקומו, להגן על האיזור ולמנוע תנועה על מנת לזרז את תהליך הריפוי ולהקל על הכאב.
הוראות טיפול בגפה מגובסת:

- הפחתת נפיחות- שים קרח עטוף בשקית או בקבוק מים קרים ישירות על הגבס, בדיוק מעל מקום השבר. יש לחזור על פעולה זו במהלך היומיים הראשונים שלאחר הפציעה פעמיים או שלוש, כל פעם למשך 30-60 דקות.
- הרמת הגפה הפגועה:
 - יד: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה
 - רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה.

זנת להתרחץ - יש לעטוף את הגבס בשקית על מנת להשאיר אותו יבש ובכל מקרה להמנע מהכנסתו למים.

יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות:

- כאב עז שלא שוכך, אפילו לאחר נטילת משככי כאבים כגון אקמול.
- נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל)
- איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל.
- ירידה בחום של האצבעות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים, מעקב עם אורטופד בעוד 2 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. באקר גרגאוי מ.ר. 171514

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

שעה: 17:18	תאריך: 28/01/2024	#ביקור: 192620	#תיק: 128116
שם: אמיר ברקוביץ	תז: 028128452	מין: ז	גיל: 52 שנים 9 חודשים
כתובת: הצדף 18	יבנה	טל"ב: 0537215228	נייד: 0537215228
RR	%SaO2	T/חום	
	99%		
B/P לח"ד	דופק/P		
112/76	98 סדיר		
חדר	קופ"ח מכבי	רופא מפנה/הקבוע	אחיות מכבי-מוקד (אח/אחות)
	תאונת דרכים		

תאונת דרכים 28/01/24 IC 1145304
 IC 1136560 19/12/23 Lumbago
 YV 144392 23/08/21 Foreign
 body of eye TO ER
 IC 831372 20/01/20 Hiccup /
 singultus , ECG
 MO 1200121 17/04/17 Fx radius
 distal , XR

THERE ARE OLD ECGS !!!

לוח התחלת לבדוק החולה?

ביקור 192 620 (1)
 הוזמן ב: 28/01/2024 18:00:07
 חולה: אמיר ב
 תז: 452
 מזמין: באקר גרגאוי
 קיבל: מחמד חטיב
 קופ"ח מכבי

Sling
 18 שעה
 Cast Posterior Long
 Arm Splint-Left
 שעה: 18:00
 שם: אמיר ברקוביץ

ULMBINJ

מטריאג'

17:26:37

סאהר חאטר

Allergies: NONE

לא רוצה טיפול נגד כאב/חם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה ותמצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לבית חולים

פני באמבולנס

הופנה לרוממה

ד"ר גרגאוי באקר
 Dr. Gargawi Bakar
 מ.ר. 1-171514 L.N.



192620

חתימת וחותמת רופא

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון נא-מייל
 שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
 קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
 זכיתי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
 לעיל אכן רופא בקופה

חתימת חולה:

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

במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום

טופס חופש מחלה

28/01/2024

תאריך ביקור

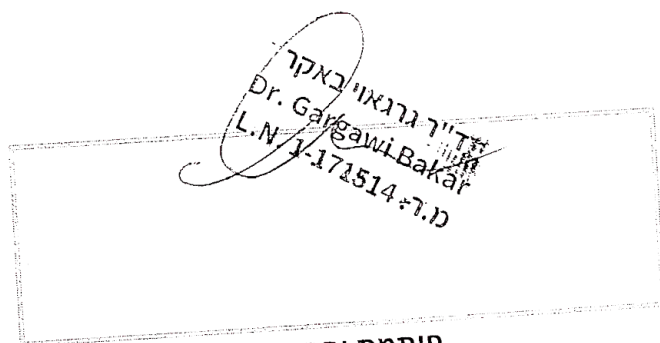
אמיר ברקוביץ

שם

028128452

תז

ימי חופש מחלה 5



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ו באקר גרגאוי

רשיון 171514

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל

L



D.I. : -1.1

Study Date : 28/01/2024

Study Time : 17:50:23

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בשבירה

שם משפחה ברקוביץ	שם פרטי אמיר	שם האב אדוארד	מס' זהוי 28128452	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב יבנה	רחוב הצדף	מס' 18	מיקוד 8103821	שנת לידה 1971
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0537215228	מקצוע	חבר (כל) כ
ת. פגיעה 28/01/2024	שעה 11:30	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע יד שמאל	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

חבלה במרפק שמאל ב-28.1.24 נפילה עם אופנוע עומד
צילום שבר 1 MASON בראש רדיוס שמאל טופל בטרם גבס
הורדת גבס
הפעלה הסבר

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED Left

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 28/01/2024 עד יום: 26/02/2024 (בכלל)
30/01/2024

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה. למוסר לביטוח
לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על
אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 04/01/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

העונק טופס
04/01/2024

ד"ר ליבשיץ גלעד

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ברקוביץ	שם פרטי: אמיר
ת.לידה: 07/04/1971	מין: ז
תל.עבודה/נייד: 0537215228	טלפון: 0537215228
כתובת: הצדף 18/46, יבנה	מיקוד: 8103821
0028128452	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 01/01/2024 עד יום: 30/01/2024 סה"כ: 30 ימים.

04/01/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

מאשר
ד"ר ליבשיץ גלעד
כירורגיה אורתופדית
מפרקים



ד"ר חלדרוב אדוארד

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 31565

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

טלפון: 08-9424040

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה ברקוביץ	שם פרטי אמיר	שם האב אדוארד	מס' זיהוי 28128452	שכיר
ישוב יבנה	רחוב הצדף	מס' 18	מיקוד 8103821	שנת לידה 1971
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0537215228		
		טלפון 0537215228		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 20/02/2024 בשעה 13:02:25
רגישות במרפק שמאל עם הגבלה בתנועות

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 14 ימים, היינו מיום: 27/02/2024

עד יום: 11/03/2024 (בכלל).

20/02/2024

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

27/02/2024
ד"ר חלדרוב אדוארד

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר שם טוב רוני



0032301889



095606

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 384449228

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2132363

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה 1)

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ברקוביץ	שם פרטי: אמיר
ת.ז: 07/04/1971	טלפון: 0537215228
ת.לידה:	טל.עבודה/נייד: 0537215228
כתובת: הצדף 18/46, יבנה	מיקוד: 8103821
0028128452	

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
3070	מרפק שמאל 2 צילומים (AP+ALT)

שאלה למבצע הבדיקה: ביקורת

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: ב-28.1.24 אובחן עם שבר ראש רדיוס שמאל-טופל שמרנית- אין צילומים במערכת- נבדק ראשונית בטרם עדיין כאבים לסרוגין בעיקר כאשר נשען על המרפק
ללא הגבלה או חסר
בצילום-

• FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED Left

אבחנה:

• DISC HERNIATION - LUMBAR NO MYELOPATHY (02/2024)

בעיות ידועות:

• FATTY LIVER (03/2018)

• HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting

• HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)

• HYPERURICEMIA (08/03/2018)

מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2024 עד תאריך - 23/12/2024

26/06/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

ד"ר שם טוב רוני
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 95606

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שם טוב רועי



095606

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

קוד הפניה: 384454457

טלפון: 03-5771313

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132363

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ברקוביץ		שם פרטי: אמיר		ת.ז.: 28128452	
ת.לידה: 07/04/1971		מין: ז		טלפון: 0537215228		טל.עבודה/בייד: 0537215228	
כתובת: 0028128452		הצדף 18/46, יבנה		מיקוד: 8103821			

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000280140955

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 26/06/2024 (דף זה אינו מרשם)

• FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED Left

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
שרוול אלסטי למרפק עם סיליקון (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	1	96570		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 24/09/2024

26/06/2024



תאריך

חתימה וחוקת

ד"ר שם טוב רועי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מ.ר 095606

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555.* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 23 עד 23)



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

אמיר ברקוביץ - נגד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

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

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת מוקד טרם לרפואה דחופה ובמסגרת קופת החולים מכבי.

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 25 עד 28)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ברקוביץ	אמיר	028128452	שם האב
הצדף	18	שם פרטי	תעודת זהות	
רחוב	מס'	יבנה	מיקוד	טלפון

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 הבריאותי 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 הבריאותי 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

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

תאריך: 24.9.2024 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, אמיר ברקוביץ
ת.ז. מס' 028128452, מרחוב _____, הצדף 18, יבנה
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 28/1/24
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, סימוני 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 28 לחודש 1 שנה 2024

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ אמיר ברקוביץ בעל ת.ז. _____ 028128452 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 24/9/24 הופיעה בפני אמיר ברקוביץ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 028128452 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.

אריאל פרייברג עו"ד
62254
חתימת עורך הדין