

תאריך חתימת המסמך : 6/10/2024

התובעת :

דרורית חזן, ת"ז 31775240
מרחוב טופז 20, אור יהודה 6040541
טלפון : 05461207000

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 :

איילון חברה לביטוח בע"מ, ח.פ. 520042169
מרחוב אבא הלל 12, רמת גן
טל' : *6677; פקס : 03-7569580
דוא"ל : ifnmailrouterhovatah@ayalon-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרת : 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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



חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 21.08.1974, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 529-30-001 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב תעודת ביטוח חובה ותמונות הנזק והרכב המעורב מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

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

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

7. בתאריך 19.5.23 בשעה 14:00, או בסמוך לכך, ברחוב המפעל באור יהודה, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה עם רכב מסוג אופנוע והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. התובעת אשר קיוותה כי הכאבים וההגבלה בתנועות יחלפו לאחר נטילת משככי כאבים, אולם, בהיעדר הטבה, ובהינתן החמרה בכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי בבית החולים שמיר אסף הרופא, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב, רגישות בחוליות עמוד השדרה הצווארי והמותני

והגבלה בתנועות הצוואר - הגבלה בסיבוב, יישור וכיפוף. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני ומשנשלל החשד לשבר שוחררה התובעת לביתה כשהיא כאובה, בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

9. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, טופלה במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה להמשך מעקב, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

10. כמצוות רופאיה, ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה בתנועות הצוואר, ביצעה התובעת סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים לצורך שיפור הטווחים והפגת הכאב, אולם נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות צוואר, והגב עם הגבלה בתפקוד וכאב מעיר משינה והיא הופנה להמשך טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה, המשך מעקב רפואי וטיפול תרופתי לפי הצורך.

11. בניסיון להקל על הכאבים וההגבלה, מתוך מטרה לשיפור טווחי תנועה ושיכוך הכאב, ביצעה התובעת טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה.

12. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה אינטנסיביים, אולם נותרה היא עם הגבלה בתנועות הצוואר והגב וכאבים בשכמות עם הקרנה לגב ולרגל, בנוסף לכאבי ראש, סחרחורות, בחילות ומקושי בביצוע פעולות יומיומיות והוחלט להפנותה להמשך מעקב וביצוע טיפולים נוספים לצד נטילת תרופות לשיכוך כאב, לרבות צורך בטיפול במסגרת מרפאות כאב.



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

13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים, מכאבי ראש וסחרחורות, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בהטיה וצידוד, מכאבי ראש וסחרחורות, צורך בשימוש ונטילת משככי כאבים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובעת עובדת בתפקיד אדמיניסטרטיבי בחברת חשמל, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת וריכוז, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

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

16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לקושי בהליכה ולמגבלותיה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

18. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 115,000
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 28,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 13,720
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 7,550

ב. נזק כללי:

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

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

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה חובה ותמונות (עמודים 7 עד 14)	7
נספח 2: (1) תעודות רפואיות (עמודים 16 עד 37)	16
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 39 עד 39)	39
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 41 עד 43)	41



נספח 1 :

אישור משטרה חובה ותמונות

(עמודים 7 עד 14)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 335084/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 31/07/2023, י"ג אב תשפ"ג, 10:14

לכל המעוניין

תאריך התאונה 19/05/2023 בשעה 14:00

מקום התאונה

אור יהודה המפעל 11 באחר, שלא פורט לעיל

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
52930001	פרטי נוסעים	יונדאי טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
איילון	36462265923	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נחג	31775240	חזן דרורית	21/08/1974	אור יהודה, טרפז, 20	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב



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		

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
1	בחקירה	31/07/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
8125999	מהתבי	דנה

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
8125999	דנה	הרוש	רסר	חוקר משל

חתימה
31/07/2023 10:14

מקום שרות	יחידת בוחנים מחוז תא



מרכז שירות לקוחות 1-700-72-72-27
בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, ר"ג 5250606, ת"ד 10867
mail@ayalon-ins.co.il, www.ayalon-ins.co.il

תעודת ביטוח לרכב (חובה) מס' 74884616
קורות ביטוח רכב סטנדי (נספח חדש), החס"ל 1979 (להלן - קורות הביטוח)

חומת וחתימת הבנק
שולם בבנק מזרחי טפחות
ח-1 534986 סניף 461
21/03/2023 שעה 14:31:33
1005 ש"ח (9230044316)

כל המידע המופיע על תעודת זו
הוא נכון לתאריך 01/04/2023

תאריך תחילת הביטוח: 01/04/2023
תאריך פקיעת הביטוח: 31/03/2024

מס' נסיעה: 031775240
מס' רישוי: 6040541

מס' רישוי: 529-38-001
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

בעת רכישה הפוליסה הטיב בעל הפוליסה כי:

- גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 48
- האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נקבה
- שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל
- של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2002
- מספר המאונות שהביאו לתביעות בגיטוח 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

לגבי הרכב המבוטח:

- הבעלות על הרכב פרטית: כן
- ברכב קיימת כרית אוויר אחת לפחות: כן
- ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW) - כן
- התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - כן
- בקרן יציבות (ESP) - כן

הודעת זיכוי 74884616

קוד מוטב 62-08811

ניתן לשלם בכל סניפי הבנקים הבאים:

- בנק הפועלים, ח"ן 600/435474
- בנק לאומי, ח"ן 800/338516/23
- בנק דיסקונט/מרכטיל דיסקונט, ח"ן 854/49034
- בנק מרכטיל דיסקונט בע"מ, אילוני 100, ת"א 061/534986
- בנק המזרחי, ח"ן 8-620881
- בנק הדואר, ח"ן (במחשבים בלבד)

כחן (ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי בהתאם להסדרים עם תביעות כרטיסי האשראי)

תאריך תחילת הביטוח: 01/04/2023

תאריך פקיעת הביטוח: 31/03/2024

מס' נסיעה: 031775240

מס' רישוי: 6040541

מס' רישוי: 529-38-001

מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)

מס' פוליסה: 74884616
מס' רישוי: 3-64-622659/23

מס' רישוי: 031775240
מס' רישוי: 6040541

מס' רישוי: 529-38-001
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)

מס' רישוי: 10 (1250)
מס' רישוי: 10 (1250)











נספח 2 :

(1)תעודות רפואיות

(עמודים 16 עד 37)



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ת אחראי/ת: 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 ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: חזן	ת. לידה: 21/08/1974 גיל: 48
שם פרטי: דרורית	ת. זהות: 31775240 מין: נקבה
כתובת: טופז 20 אור יהודה 6040541	מצב משפחתי: נשוי/אה 3
טלפון: 054-6120700	שם האב: שלום שם האם:
זמן קבלה: 16:17 19/05/2023	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 16:25 19/05/2023	מספר מקרה: 12023862
זמן שחרור: 19:07 19/05/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
NECK SPRAIN	847.0			✓			

רגישות לתרופות

שם התרופה: OTHER
תאריך רישום: 19/05/2023

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בת 48, בריאה בד"כ

לדבריה, היתה מעורבת היום בתאונת דרכים כנהגת חגורה, מנגנון צידי, ללא פתיחת כריות אוויר, ללא איבוד הכרה, יצאה בכוחות עצמה מהרכב, ללא איבוד שליטה על סוגרים.

כעת מלינה על כאב צוואר וגב תחתון
בבדיקה - מתהלכת ללא צליעה, ללא סימני חבלה. ישנה רגישות גרמית לאורך עמ"ש צווארי ומוחני, ישנה רגישות על פני רקמות רכות לאורך עמ"ש צווארי.

תנועות הצוואר ועמ"ש מוחני מלאות עם כאב בסוף תנועה.
כח גס 5/5 ב4 גפיים, תחושה שמורה ללא פלס, מוטריקה שמורה, החזרים גדיים הופקו סימטריים.
עומדת על קצה אצבעות ועקבים.
טווח כתפיים מלא, מניעה ירכיים ללא כאב.

בצילומים - ללא ממצא חריף
לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

המלצות:

המשך מכתב: 31775240 דרורית חזן

מנוחה יומיים
שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
המשך מעקב רופא מטפל
בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.9	78	121/74

ציוני אומדנים - אומדן כאב מבוגרים

משמעות	ציון	תאריך	אומדן
אומדן אחרון			
כאב בינוני	6	19/05/23 16:27	NRS

החלטה רפואית: שחרור

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר גוסמן תירוש אדוה מ.ר. 146794	חפא/ה מורשה/ת שחרור	19/05/2023 19:07



פרטים כלליים

גיל המטופל: 48.09
 תאריך ביקור: 21/05/2023
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
 מהות הביקור: רגיל
 תלונות/סיבת הפניה: ילידת הארץ, נ3, ימנית דומיננטית, שוללת עשון, ג - 162, מ - 53, מזכירה. נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מצידה הימני. במיון אסה"ר נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול.
 בדיקה גופנית: רגישות עורפית תחתונה ופראשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה בצוואר בסבובים, ביישור ובכפוף.

ממצאים ותוכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: חמום ועסוי מקומים, משככי כאב, נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה, מנוחה. בקרת לפי הצורך.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הופק

P	M	K	N	OP	סה"כ משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	14	14	D	1	TAB	1	ETORICOXIB TAB 60MG 60MG

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס	אישור
11	21/05/2023	27/05/2023	הופק	אישור מחלה

סיכום

מבנה סיכומי יועץ

סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משיך המטופל	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית



פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת קרית הסביונים	תאריך עדכון: 21/05/2023
קוד מרפאה: 5768	רופא מעדכן: ד"ר זאב אשכול
קוד מחוז: 04	מס רשיון: 25770

לשימוש פנימי

אישור

גביה

סיבת קביעת חוב	21	מספר קובעת חוב	64
קבלה/חשבון:	002487	תאריך תשלום:	21/05/2023
סוג התשלום:	5	התקבל סך של:	27
גביה ע"י	Doctor		
תאור סיבת סטטוס הצמדה:	ניתן להצמי		
שם מבצע גביה:	ד"ר זאב אשכול		

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור
מסר

מ.ר. 25770
מזהה אישור
מסר
מ.ר. 03/762230
מזהה אישור
מסר





מספר רשיון 25770
טלפון 03-5392300
מחוז: דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר זאב אשכול
תחום אורתופדיה
כתובת דרך משה דיין, 3
מרפאה: קריית הסביונים - רופאים עצמאיים - יהוד

מספר תיק: 589906114

תאריך: 21/05/2023 18:19

אישור

ת.ז.: 000031775240

סך של: 27 ₪

אמצעי תשלום: הוראה לחיוב חשבון

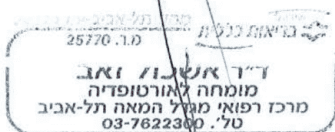
אישור: 002487 - 5768

לכבוד: חזן דרורית

עבור ביקור ראשון בתקופה במרפאה של רופא עצמאי

החשבון שלך יחויב בסכום הנ"ל

חתימה וחותמת הרופא



נא לשמור את הקבלה להתחשבות עתידית



תאריך: 21/05/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן דרורית
מס זהות:	00031775240
גיל:	48.09
ת.לידה:	21/08/1974
ישוב:	אור יהודה
טלפון:	54-6120700
מס בית:	20
טלפון נוסף:	3-5338323
רחוב:	טופז

תאריך תאונה 19/05/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35768012662

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5768

035768012662

31775240

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 ילידת הארץ, נ+3, ימנית דומיננטית, שוללת עשון, ג - 162, מ - 53, מזכירה. נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מאחור. במיון תה"ש נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול.

ממצאים קליניים רגישות עורפית תחתונה ופראשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה בצוואר בסובובים, ביישור ובכפוף.

מטרת הבדיקה: טיפול

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



תאריך: 27/06/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן דרורית	מס זהות:	00031775240	גיל:	48.10	מין:	נ
ת.לידה:	21/08/1974	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז			
מס בית:	20	טלפון:	54- 6120700	טלפון נוסף:	3- 5338323			

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 19/05/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/06/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 19/05/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/05/2023: ילידת הארץ, נ3, ימנית דומיננטית, שוללת עשון, ג - 162, מ - 53, מזכירה. נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מצידה הימני. במיון אסה"ר נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול. 27/06/2023: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון עם הקרנה לרגליים. בהמתנה לפזיותרפיה. ללא הטבה עם ארקוקסיה. CT - עש צוארי ומותני -

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2023: רגישות עורפית תחתונה ופראשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה בצוואר בסבובים, ביישור ובכפוף. 27/06/2023: מתנהלת בכבדות, רגישות עורפית תחתונה, מותנית תחתונה, יותר משמאל, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי ימין.

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/05/2023: חמום ועסוי מקומים, משככי כאב, נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה, מנוחה. בקרת לפי הצורך. ההפניות שהופקו ב 21/05/2023: הפניה לפזיותרפיה - 80015-פזיותרפיה אבחון וב 27/06/2023: חמום ועסוי מקומים, משככי כאב. פזיותרפיה. שקילת CT עש צוארי ומתני באם ללא הטבה.

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

תרופות

P מ ק נ	OP	סה"כ משך	פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
N 1 R 1 W	אריזה	1	D10	2 קפליזות	1	CPL ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF
N 1 R 1 W	יחידה	2	D30	3 טיפות	20	DRP DIPYRONE DRP 500MG/1ML 500MG/1ML

בברכה,

שם הרופא	ד"ר זאב אשכול	מס' רשיון	25770	חתימה וחותמת הרופא
----------	---------------	-----------	-------	--------------------



015768027860

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 48.10 מין: נ

חזן דרורית

מס' זהות: 00031775240

ביקור עקב תאונת דרכים

DIPYRONE DRP 500MG/1ML 500MG/1ML

999001990

(V-DALGIN DRP 500MG/1ML 10ML(D), OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML(D))

למשך 30 ימים סה"כ 2 יח

טיפול 20 x 3 בימים

תוקף מרשמים: 26/09/2023 - 27/06/2023



מס' רישיון



025770

טלפון: 03-5392300

שם הרופא ד"ר זאב אשכול

כתובת: דרך משה דיין, 3

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 27/06/2023

הודפס מאתר כללית אורליין ב-27.06.2023.

תאריך: 27/06/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00031775240	חזן דרורית	
גיל:	48.10	ת.לידה:	21/08/1974
מין:	נ	מס בית:	20
רחוב:	טופז	אור יהודה	ישוב:
טלפון נוסף:	3- 5338323	טלפון:	54- 6120700

19/05/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה:

35768013890

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5768



035768013890



31775240



025770

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	CT L1039 ט.מ. עמוד שדרה צוארי		10304010
78073	CT L1039 ט.מ. עמוד שדרה מותני + סקראלי		10304017

המטופל מתלונן על

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/05/2023: ילידת הארץ, נ+3, ימנית דומיננטית, שוללת עשן, ג-162, מ-53, מזכירה. נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מצידה הימני. במיון אסרה"ר נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול. 27/06/2023: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון. בהמתנה לפזיותרפיה. ללא הטבה עם ארקוקסיה.

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2023: רגישות עורפית תחתונה ופראשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה בצוואר בסבובים, ביישור ובכפוף. 27/06/2023: מתנהלת בכבדות, רגישות עורפית תחתונה, מותנית תחתונה, יותר משמאל, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי ימין.

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
8470	WHIPLASH INJURY	
7242	LOW BACK PAIN	

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/05/2023: חמום ועסוי מקומים, משכני כאב, נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה, מנוחה. בקרת לפי הצורך. ההפניות שהופקו ב-21/05/2023: הפניה לפזיותרפיה - 80015 פזיותרפיה אבחון וב-27/06/2023: חמום ועסוי מקומים, משכני כאב. פזיותרפיה. שקילת CT עש צוארי ומתני באם ללא הטבה.

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.

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





015768027859

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

כללית

גיל: 48.10 מין: ג

חזן דרורית

מס' זהות: 00031775240

ביקור עקב תאונת דרכים

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 10 ימים סה"כ OP 1

קפליות 1 x 2 ביזום

תוקף מרשמים: 26/09/2023 - 27/06/2023



מס' רישיון



025770

טלפון: 03-5392300

שם הרופא ד"ר זאב אשכול

כתובת: דרך משה דיין, 3

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 27/06/2023

הודפס מאתר כללית אורליין ב-27.06.2023.

פרטי תור עבור דרורית חזן

התור הקרוב חזן מוון פיזיותרפיה - אורתופד 19.07.2023 בשעה
18:00

התור לחזן מוון - פיזיותרפיה - אורתופד נקבע ליום ד' 19.07.2023 בשעה
18:00 במרפאת מכון לשיקום ופיזיותרפיה - אור יהודה משה אביב 15, אור יהודה

הערות

* ילדים עד גיל 14-חייב להגיע בליווי הורה/אפוסטרופוס *יש להצטייד בכרטיס
מגנטי, הפניות רופא בתוקף של 6 חודשים (מיום הוצאתה עד מועד השיחה עם
המוקד) *יש להצטייד בסיכום מחלה/אשפוז, וצילומים- במידה ויש. *הביקור כרוך
בתשלום אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם במזומן או בכרטיס אשראי או בהרשאת
חיוב. *בעת הגעה לתור ראשון- יש להגיע 15 דקות לפני מועד התור לצורך פתיחת
תיק והסדרת תשלום האגרה הרבעונית. *על ביטול/שינוי תור יש להודיע למוקד
זימון תורים בטלפון *2700
אם את לא יכולה להגיע לתור, נשמח אם תבטלי אותו לפחות יום אחד לפני המועד
שלו.

מרפאה: מכון לשיקום ופיזיותרפיה - אור יהודה

כתובת: משה אביב 15, אור יהודה

טלפון: 03-5387400

פקס: 03-5387401

הערות: אזור תעשייה חדש

אוטובוסים: 76, 138, 78

גישה לנכים: גישה למרפאה

שיחות נגישות

מעלית או מבנה חד קומתי

חניה נגישה

כניסה עם חייט שירות

אישור



פרטי לקוח: מס. לקוח: 031775240 שם לקוח: חזן דרורית כתובת: טופז 0020/ עיר: אור יהודה טלפון נייד: 03-5338323	פרטי המרפאה: מספר המרפאה: 7625 שם המרפאה: משלימה קיראון כתובת: השקמה 2, קרית אונו טלפון: 03-5344949 תאריך הדפסה: 16/07/23 10:49
---	--

תורים ללקוח:							
תאריך	מק"ט	תיאור טיפול	יום	בשעה	משך ביקור משוער כ-	מטפל/רופא	מונה
18/07/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
15/08/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
05/09/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	18:45	00:45	עמר שטרייפלר1	1
26/09/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
17/10/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	18:45	00:45	עמר שטרייפלר1	1
14/11/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	18:45	00:45	עמר שטרייפלר1	1
12/12/23	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
02/01/24	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
23/01/24	76150	רפלקסולוגיה	ג	19:30	00:45	עמר שטרייפלר1	1
סה"כ כלי							9

מטופל נכבד ! ילדים עד גיל 18 מחוייבים להגיע בליווי הורה ולהיות נוכחים בטיפול
--



תאריך: 11/03/2024

סיכום טיפול

פרטי המטופל				חזן דרורית	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	21/08/1974	שלום
אור יהודה	טופז	20 /	מין	54	שם האב
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	5338323 -	טלפון נוסף
				3	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230499091 מספר זיהוי הפניה: 35768012662
 תאריך הפניה: 21/05/2023
 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
 לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר זאב אשכול
 מרפאה: מרפאת קרית הסביונים
 מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה	איפיון
8470		WHIPLASH INJURY	



אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 19/07/2023

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 6

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	הדרכה לתרגול בבית
12	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
11	תרגול כללי
1	הערכה מחדש - בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
אחר - עמוד שדרה	דו צדדי	6	

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: 26/02/2024

לדבריה הטבה עם הגב, היום סחרחורת ובחילות, כנראה בגלל נסיעה קשה. בדיקה לוורטיגו- שלילית
17/01/2024
טווחי כתף- מלא F דו"צ. הגבלה בתנועת צוואר RT ROT, הגבלה בתנועת RT SF גוו
27/12/2023
לדבריה כאב בישיבה ממושכת, כניסה ויציאה לרכב
06/12/2023
לדבריה ללא שינוי בכאב, כאב מקרין גם לגב תחתון ולרגליים, מקפידה על תרגול.
התחילה קצת ללכת, דואגת להיות פעילה קצת יותר.
במכון- הגבלה בתנועת צוואר לרוטציה שמאלית.
- הגבלה בתנועת גוו LT SF, מרגישה מתיחה ברגל ימין
08/11/2023
לדבריה כאבים בין שכמות עם הקרנה לאורך הגב ועד רגל ימין ומפריע לתנועה.
טווחי צוואר- מלא לרוטציה דו"צ.
הונחתה להמשיך ולקבוע תורים.
30/10/2023
לדבריה כאב גב תחתון, לסירוגין מקרין לרגל ימין, בהתחלה היה גם לשמאל, כיום בעיקר לימין. כאב מחמיר בכניסה ויציאה מהרכב, שכיבה. מקפידה פחות על תרגול, עובדת בעיקר על טווחי תנועה. חימום מקל על הכאב.
19/07/2023
תאונת דרכים, על פי הפניה- נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מאחור. במיון תה"ש נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול.
ממצאים קליניים רגישות עורפית תחתונה ופרא שכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה
בצוואר בסובבים, ביישור ובכפוף.
כאב קבוע, מחמיר בתנועות דחיפה או משיכה, הרמה. בשכיבה החמרה של הכאב.
ישיבה ממושכת מול מחשב. לא עושה ספורט בד"כ, לא הייתה עושה גם לפני התאונה.
אי שקט בישיבה.
צוואר- FF מלא, תחושת לחץ, EXT- תחושת לחץ.
גוו תחתון- FF חצי טווח מפיק לחץ, EXT מלא מפיק לחץ.



המטפל ביקר במכון בתאריכים:

11/03/2024
04/03/2024
26/02/2024
24/01/2024
17/01/2024
31/12/2023
27/12/2023
06/12/2023
08/11/2023
01/11/2023
30/10/2023
19/07/2023

מורן חזן
105549
פזיטרפיסטית
מרכז פיזיותרפיה אור-יהודה

139489

מספר רשיון

מורן חזן

שם מטפל

דף 2 מ 2

11/03/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י מורן חזן 00-03177524-0

סיכום טיפול

חזן דרורית

תאריך: 07/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן דרורית	מס זהות:	00031775240	גיל:	49.08	מין:	נ
ת.לידה:	21/08/1974	ישוב:	אור יהודה	טופד:	רחוב:	טלפון:	5338323	3-
מס בית:	20	טלפון:	54- 6120700	טלפון נוסף:	3-	5338323		

תאריך תאונה 19/05/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35856011355

גרם שולח



5856

מספר הפניה



035856011355

תז נבדק



31775240

רשיון רופא



136738

לכבוד: מכון פזיותרפיה - פיזיותרפיה לאור כאבי גב תחתון + TROCHANTERIC BURSITIS

שירות שנבחר

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

HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה 13/08/2023 החלה רפלקסולוגיה ופיזיותרפיה. תלונות כלעיל, בפרט בגב התחתון.

רוקסט השרה טשטוש.

CT - עש צוארי ומותני -

14/11/2023 בפיזיותרפיה ורפלקסולוגיה - ללא הטבה. חמום מקומי ונוגדי דלקת

מקלים.

07/05/2024

בת 49, מצב אחרי תאונת דרכים בתאריך המוזכר

נבדקה במיון באסף הרופא, בוצעו צילומים ושחררה למעקב בקהילה.

עדיין כאבים בצוואר, בין השכמות ובגב תחתון

הקרנה לרגל ימין

טופלה בפיזיותרפיה ללא שיפור משמעותי.

עברה גם טיפולי רפואה משלימה.

מתקשה בהליכה, שינויי תנוחות, ירידה מהרכב.

בבדיקה:

הליכה בצליעה על רגל ימין

רגישות מרשימה ביותר מעל GT בירך ימין

FABER FADDIR חיוביים

כח גס שמור

רגישות בצוואר ובגב תחתון

****נחתם דיגיטלית****

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 07/05/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן דרורית	מס זהות:	00031775240	גיל:	49.08	מין:	נ
ת.לידה:	21/08/1974	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז	טלפון נוסף:	3-5338323	
מס בית:	20	טלפון:	54-6120700					

תאריך תאונה 19/05/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35856011354

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5856



035856011354



31775240



136738

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.

לכבוד: צילומי אגן ופרקי ירכיים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78001	72170	צילום אגן ופרקי ירכיים	10301059

המטופל מתלונן על 13/08/2023 החלה רפלקסולוגיה ופזיותרפיה. תלונות כלליל, בפרט בגב התחתון.

רוקסט השרה טשטוש.

CT עש צוארי ומותני -

14/11/2023 בפזיותרפיה ורפלקסולוגיה - ללא הטבה. חמום מקומי ומוגדי דלקת

מקלים.

07/05/2024

בת 49, מצב אחרי תאונת דרכים בתאריך המוזכר

נבדקה במיון באספ הרופא, בוצעו צילומים ושחררה למעקב בקהילה.

עדיין כאבים בצוואר, בין השכמות ובגב תחתון

הקרנה לרגל ימין

טופלה בפזיותרפיה ללא שיפור משמעותי.

עברה גם טיפולי רפואה משלימה.

מתקשה בהליכה, שינוי תנוחות, ירידה מהרכב.

בבדיקה:

הליכה בצליעה על רגל ימין

רגישות מרשימה ביותר מעל GT בירך ימין

FABER FADDIR חיוביים

כח גס שמור

רגישות בצוואר ובגב תחתון

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
8470	WHIPLASH INJURY
7242	LOW BACK PAIN
L13	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS
7231	CERVICALGIA

07/05/2024

דיון/תוכנית טיפולית

שחיה, המשך PT

מוגדי דלקת

ד"ר מחמוד חלאיקה	136738	**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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית





015856015657

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

מס' זהות: 00031775240

גיל: 49.08 מין: ג

חזן דרורית

ביקור עקב תאונת דרכים

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

000048845

למשך 10 ימים סה"כ 10 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 06/08/2024 - 07/05/2024



מס' רישיון



136738

טלפון: 03-7353400

שם הרופא ד"ר מחמוד חלאיקה

כתובת: שדרות אליהו סעדון 120

תחום: אורתופדיה

חתימה וחותמת הרופא: **נחתם דיגיטלית****

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

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

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

מינון: 1 טבליות 1 פעמים ביום למשך: 10 ימים

אחרי ארוחות

בוקר	צהריים	אחה"צ	ערב



מס' רישיון



136738

טלפון: 03-7353400

כתובת: שדרות אליהו סעדון 120

שם הרופא ד"ר מחמוד חלאיקה

תחום: אורתופדיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 10/09/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן דרורית	מס זהות:	00031775240	גיל:	50.01	מין:	נ
ת.לידה:	21/08/1974	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז	טלפון:	5338323 - 3	
מס בית:	20	טלפון:	54- 6120700	טלפון נוסף:				

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 19/05/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/09/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 19/05/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/05/2023:
ילידת הארץ, נ+3, ימנית דומיננטית, שוללת עשון, ג - 162, מ - 53, מזכירה. נחבלה כנהגת חגורה מפגיעת אופנוע ברכבה מצידה הימני. במיון אסה"ר נשללו שברים. עדין כאב בעורף. הטבה קלה עם אדוויל ואקמול.
27/06/2023: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון עם הקרנה לרגליים. בהמתנה לפזיותרפיה. ללא הטבה עם ארקוקסיה.
13/08/2023: החלה רפלקסולוגיה ופזיותרפיה. תלונות כלעיל, בפרט בגב התחתון. רוקסט השרה טשטוש.
CT עש צוארי ומותני -
14/11/2023: בפזיותרפיה ורפלקסולוגיה - ללא הטבה. חמום מקומי ונוגדי דלקת מקלים.
10/09/2024: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון עם הקרנה לרגל ימין.
CT עש מתני -

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2023:
רגישות עורפית תחתונה ופראשכמית מדיאלית דו"צ, הגבלת תנועה פזורה בצוואר בסובבים, ביישור ובכפוף.
27/06/2023: מתנהלת בכבדות, רגישות עורפית תחתונה, מותנית תחתונה, יותר משמאל, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי ימין.
13/08/2023: רגישות עורפית תחתונה, מותנית תחתונה, יותר מימין, לסג חיובי גבולי דו"צ
14/11/2023: רגישות עורפית תחתונה, מותנית תחתונה, יותר מימין, לסג חיובי גבולי מימין, שלילי משמאל.
10/09/2024: רגישות עורפית תחתונה, ליסט קל לשמאל, רגישות מותנית תחתונה, יותר מימין, לסג חיובי מימין ב - 70 מעלות, שלילי משמאל.

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN
L13	BURSITIS RT	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS
7231		CERVICALGIA

דיון/תוכנית טיפולית:

חמום ועסוי מקומים, משככי כאב, נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה, מנוחה. בקרת לפי הצורך.
ההפניות שהופקו ב 21/05/2023:
הפניה לפזיותרפיה - 80015-פזיותרפיה אבחון וב
27/06/2023: חמום ועסוי מקומים, משככי כאב. פזיותרפיה. שקילת CT עש צוארי ומתני באם ללא הטבה.
ההפניות שהופקו ב 27/06/2023:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
13/08/2023: משככי כאב. מנוחה. המשך רפלקסולוגיה ופזיותרפיה. שקילת CT כלעיל ובקרת אם ללא הטבה או לפי הצורך.
ההפניות שהופקו ב 13/08/2023:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
14/11/2023: המשך פזיותרפיה ורפלקסולוגיה. נוגד דלקת רק בהחמרה. בקרת
לפי הצורך.
10/09/2024: מוסקול, נוגד דלקת רק בהחמרה. עבודה ואבזר ארגונומיים אל מול
מחשב. CT עש מתני. בקרת.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT עמוד שדרה מו	H3	הופק

תרופות

P	M	Q	N	OP	סה"כ	משך	D	P	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	20	10	D	2	טבליות	TAB	1	MUSCOL TAB CF

בברכה,

ד"ר זאב אשכול	25770	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 39 עד 39)



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

דרורית חזן - נגד - איילון חברה לביטוח בע"מ

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

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים אסף הרופא ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 41 עד 43)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

חזן	דרורית	031775240	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
טופז	20	אור יהודה	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 6/10/2024 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ דרורית חזן
ת.ז.ח.פ. מס' _____ 031775240, מרחוב _____ טופז 20, אור יהודה _____,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום 19/5/2023 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 הכת, 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.

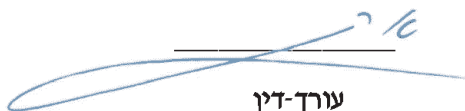
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 6 לחודש 10 שנה 2024

חתימה: _____ X דרורית

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורכ-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ דרורית חזן בעל ת.ז. 031775240 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אחיה 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 ציון

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 06/10/2024 הופיע/ה בפני _____ דרורית חזן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 031775240 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
חתימת עורך הדין