

תאריך חתימת המסמך 7.10.2024

התובע:

ינאי בונה, ת"ז 30535460
עין הבשור 221, עין הבשור
טלפון: 053300657
ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעים:

1. נחשון נגלר, ת"ז 31889819
משדה נחום, שדה נחום

2. מדינת ישראל

באמצעות ענבל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב הערבה, איירפורט סיטי ת.ד. 282
טל': 03-9778000; פקס: 03-9778100
דוא"ל: sherut@inbal.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"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 בואת, 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 13.7.1990, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו נוסע ברכב.
2. הנתבע 1 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 736-64-702 (להלן: "**הרכב**").
3. הנתבעת 2 הינה ענבל חברה לביטוח בע"מ, אשר ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה, מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. 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:

8. בתאריך 22.6.2023, בסביבות השעה 13:49 או בסמוך לכך, בכביש מס' 40, ק"מ מס' 140, היה הרכב מעורב בתאונה חזיתית קשה עם רכב הנושא מ"ר 207-57-201, תאונה בה נהרגה נוסעת הרכב המעורב עם פציעות קשות ליתר המעורבים (להלן: "**התאונה**").
- רצ"ב אישור משטרה ותמונות מזירת האירוע מסומנים "**כנספה 1**".
9. כוחות רבים הוזעקו למקום התאונה, לרבות שני מסוקים והתובע הובהל לקבלת טיפול רפואי בבית החולים סורוקה, בבאר שבע, והתקבל לחדר טראומה. לאחר הכנסת קטטר ומשהתקבל שתן צלול ללא דם הועבר לביצוע בדיקת CT כל גופי ומשנשלל חשד לשברים וחבלות חמורות לאיברים פנימיים שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבי ראש וכאבים והגבלה ניכרת בתנועות הצוואר והגב המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה והופנה להמשך טיפול ומעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב והמשך מנוחה.

11. התובע פנה לקבלת טיפול אורתופדי ובשים לב לממצאים בדבר הגבלה ניכרת וכאבים עזים הוחלט להפנותו לביצוע בדיקת MRI לצורך המשך בירור.
12. בדיקת MRI שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלטי דיסק בגבהים L5-S1, L5-L4, והוחלט להפנותו להמשך טיפול סימפטומטי וטיפול רפואה משלימה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
13. לאחר התאונה ותוצאותיה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי ויזקק לו גם בעתיד.
14. התובע צלם ועובד משק, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות ונגרמו לו הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק 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 התובע:
- א. נזק מיוחד:
- (1) הפסדי השתכרות בעבר – ₪ 75,500
 - (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 15,000
 - (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 6,500
 - (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 12,500
- 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, הוצאות פארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
 - (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
 - (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

19. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.

20. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
21. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
22. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.
- אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית 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: אישור משטרה ותמונה ממקום האירוע (עמודים 7 עד 10)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 26)	12
נספח 3: בקשה למינוי מומחים רפואיים (עמודים 28 עד 28)	28
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 30 עד 32)	30



נספח 1 :

אישור משטרה ותמונה ממקום האירוע

(עמודים 7 עד 10)



מספר תיק: 273734 / 2023
מזהה מסמך: M172112056



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
טלפון 086615714
פקס 086615718
דואל bohanim.negev@police.gov.il

מספר תיק פלא 273734/2023
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק סא
תאריך 29/06/2023, י' תמוז תשפ"ג, 12:52

לכל המעוניין

תאריך התאונה 22/06/2023 בשעה 13:49

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 40 ק"מ מס 140.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
20757201	פרטי נוסעים	רנו טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
כלל	324296330	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	305588469	זאייאמר משה	02/07/1991	שדרות, בן יהודה 10	סורוקה - באר קלה שבע (מרכזי בנגב)	
נוסע	311534721	מנטסנוט רויטל	10/08/1993	שדרות, נאות אשכול 510	סורוקה - באר קטלנית שבע (מרכזי בנגב)	
נוסע	21520622	אברה ברוך	23/05/1985	באר שבע, מסקין אהרון 2	סורוקה - באר קשה שבע (מרכזי בנגב)	
נוסע	310280052	אצבה שי ישוונדם	13/12/1983	באר שבע, רחבת אחיזה 12	סורוקה - באר קשה שבע (מרכזי בנגב)	

מספר תיק: 273734 / 2023
מזהה מסמך: M172112056

**פרטי הרכב**

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
73664702	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ענבל	0000000	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	31889819	נגלר נחשון	20/10/1974	שדה נחום, שדה נחום 0	סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה
נוסע	39648308	נגלר עדי	23/03/1984	שדה נחום, שדה נחום 0	סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה
נוסע	215245614	נגלר אלון	14/05/2005		סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה
נוסע	226319564	נגלר איתן	30/09/2018	שדה נחום, שדה נחום 0	סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה
נוסע	331643197	נגלר אלה	15/01/2008		סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה
נוסע	305354607	בונה ינאי	13/07/1990	עין הבשור, עין הבשור 221	סורוקה - באר קלה (מרכזי בנגב)	קלה

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
10	בחקירה	22/06/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1905110	ברכה	טל חיים

מספר תיק: 273734 / 2023
מזהה מסמך: M172112056

**פרטי השוטר המוסר**

חתימה
29/06/2023 12:52

דרגה

פקד

שם משפחה

גרונוב

שם פרטי

ויקטוריה

מספר אישי

68918556

מקום שרות

שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום

תפקיד

קצין חקירות תאונות דרכים





נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 26)



שטודיו

טופס קבלת הודעה על פצוים והפעלת צוות טראומה

משמש לאירועים - מפצוע בודד ועד להכרזת אר"ן ע"י מנהל רפואי נאון

תאריך: _____ שעה: _____

שם המודיע: _____

טלפון: _____

סוג האירוע: _____

שעת האירוע: _____ מספר נפגעים: _____

מקום האירוע: _____

שם את: _____

14:54 22/06/23 134808-23
53010 מיון טראומה 0031028005-2
מקום האירוע: _____
באר שבע רחבת אחיזה 12
054-2571477 39 13/12/83
0109 רב אברך חבלה ת. דרכים סורוקה

קוד אדום / קוד

נא לסמן בעיגול

פצוע 1	פצוע 2	פצוע 3	פצוע 4	פצוע 5
מבוגר / ילד גיל _____	מבוגר / ילד גיל _____	מבוגר / ילד גיל _____	מבוגר / ילד גיל _____	מבוגר / ילד גיל _____
תאונת דרכים נפילה מגובה פציעה חודרת כוויה _____ % אחר _____	תאונת דרכים נפילה מגובה פציעה חודרת כוויה _____ % אחר _____	תאונת דרכים נפילה מגובה פציעה חודרת כוויה _____ % אחר _____	תאונת דרכים נפילה מגובה פציעה חודרת כוויה _____ % אחר _____	תאונת דרכים נפילה מגובה פציעה חודרת כוויה _____ % אחר _____
ראש בטן גפיים חזה	ראש בטן גפיים חזה	ראש בטן גפיים חזה	ראש בטן גפיים חזה	ראש בטן גפיים חזה
מונשם לא מונשם	מונשם לא מונשם	מונשם לא מונשם	מונשם לא מונשם	מונשם לא מונשם
יציב לא יציב	יציב לא יציב	יציב לא יציב	יציב לא יציב	יציב לא יציב
מלאה מעורפלת חוסר הכרה	מלאה מעורפלת חוסר הכרה	מלאה מעורפלת חוסר הכרה	מלאה מעורפלת חוסר הכרה	מלאה מעורפלת חוסר הכרה
נטיין אמבולנס לבן מסוק פרטי	נטיין אמבולנס לבן מסוק פרטי	נטיין אמבולנס לבן מסוק פרטי	נטיין אמבולנס לבן מסוק פרטי	נטיין אמבולנס לבן מסוק פרטי
דקות אין צפי בחדר טראומה	דקות אין צפי בחדר טראומה	דקות אין צפי בחדר טראומה	דקות אין צפי בחדר טראומה	דקות אין צפי בחדר טראומה

15:03 22/06/23 134815-23
53010 מיון טראומה 0030535480-7
מקום האירוע: _____
באר שבע רחבת אחיזה 12
053-3300657 32 13/07/90
0109 רב אברך חבלה ת. דרכים סורוקה

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 20:04

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: בונה שם פרטי: ינאי כתובת: עין הבשור 221 עין הבשור 8540500 טלפון: 0533300657 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 13/07/1990 תעודת זהות: 30535460 מין: זכר גיל: 32 שם האב: דן יעקב	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15.03 22/06/2023 מספר ביקור: 2023134815 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	---

אבחנה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

המטופל התקבל לחדר טראומה לאחר תאונת דרכים במנגנון קשה בקבלתו

- A -נתיב אוויר שמור ללא גודש ורידי צוואר הונח צווארון
- B -כניסת אוויר שווה וטובה סטורציה שמורה באוויר חדר
- C -ציב המודימנית דפקים פריפרים נמושו היטב ללא דימומים פורצים, בבדיקה בטן רכה ללא רגישות, אגן יציב, הוכנסו 2 לוקים ונלקחו בדיקות דם
- D -התקבל בהכרה מלאה GCS 15 אישונים שווים ומגיבים לאור
- E -הושלמה הפשטה ובהפיכה ללא ממצאים נוספים ללא רגישות במישוש חוליות עמ"ש, PR טונוס שמור ללא דם

הוכנס קטטר שתן עם קבלת שתן צלול ללא דם
 צילום חזה- בבדיקה ראשונית ללא ניתן להבחין בחזה אוויר או פגיעה גרמית
 E-FAST - תקין

לאחר טיפול ראשוני בחדר טראומה המטופל עבר לCT כלל גופי בקריאה ראשונית תקין
 הועבר למיין כירורגי להמשך טיפול והשגחה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	VAS
16:29 22/06/2023	96	143 / 91	100	2

מהלך ודיון

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
------------	------	----------	-------

דר' עטאונה עבדל רחים מ.ר. 159376 אורתופד

22/06/2023
16:35

בן 32 לאחר תאונת דרכים מלין על כאבים בגב עליון

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 20:04

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: בונה שם פרטי: יואי כתובת: עין הבשור 221 עין הבשור 8540500 טלפון: 0533300657 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 13/07/1990 תעודת זהות: 30535460 מין: זכר גיל: 32 שם האב: דן יעקב	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22/06/2023 15:03 מספר ביקור: 2023134815 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

בבדיקתו שוכב יציב כאוב רגישות פרהוויטרבראלית ללא רגישות גרמית או מדרגה מניע 4 גפיים ללא חסר NV

CTTB ללא ממצא גרמי

המלצות
משככי אבים
פיזיותרפיה
מעקב רופא מטפל

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	אופן מתן
Drug Dosage: 1000 mg	INF	22/06/2023 19:36	Once Rate from nurse:0	PARACETAMOL FRESENIUS INF 1000 mg	IntraVenous

המלצות עוס

התערבות עפי מודל מעשה
חדר כהן 28334

סיכום

לאחר בירור וטיפול במיזון הכירורגי כעת ללא בעיה כירורגית חריפה
מצבו מאפשר שיחרור הביתה.

משככי כאבים לפי הצורך
המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע
במקרה של החמרה - כאבי ראש מתגברים, הקאות, חולשת גפה או פלג גוף, שינויים במצב ההכרה או בכל החמרה אחרת - נא לפנות למיזן
מנוחה 5 ימים

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	14 - דירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
------	-------	------------------	------------------	---------------	-------	-------------	-----------

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 20:04

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: בונה שם פרטי: ינאי כתובת: עין הבשור 221 עין הבשור 8540500 טלפון: 0533300657 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 13/07/1990 תעודת זהות: 30535460 מין: זכר גיל: 32 שם האב: דן יעקב	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15:03 22/06/2023 מספר ביקור: 2023134815 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

מרשם	הערות	ליחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	Oral	V-DALGIN 1.25g/5mL (DIPYRONE)

רופא אחראי
רופא: דר' שוקרון יואל מ.ר. 158581

תוצאות מעבדה באירוע

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	22/06/23 16:24	22/06/23 16:17	22/06/23 15:33	22/06/23 15:32	22/06/23 15:26
המטולוגיה	PT-INR		1.01				
המטולוגיה	PT-SEC (Sec)	10.00-13.50	11.70				
המטולוגיה	PT % (%)		95				
המטולוגיה	CONTROL PT (Sec)		11.3				
המטולוגיה	APTT-sec (Sec)	26.0-39.0	31.7				
המטולוגיה	CONTROL PTT (Sec)		28.3				
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCUL (mg/dL)	200-500	393				
המטולוגיה	HB (gr/dL)	14.0-18.0		14.5			
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0		42.5			
המטולוגיה	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10		4.56↓			
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0		93.2			
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0		31.8↑			
המטולוגיה	MCHC (gr/dL)	33.0-37.0		34.1			
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5		12.4			
המטולוגיה	RDW-SD (fL)			43.0			
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80		9.40			
המטולוגיה	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	4.00-8.00		6.38			
המטולוגיה	LYMP.abs (*10 ³ /ul)	0.50-5.20		1.95			

מקבוצת
נלית

סורוקה
מרכז רפואי אוניברסיטאי
מרקליס בטוח

22/06/2023 20:04 הופק ע"י דר' שוקרון יואל

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: בונה שם פרטי: ינאי כתובת: עין הבשור 221 עין הבשור 8540500 טלפון: 0533300657 סיג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 13/07/1990 תעודת זהות: 30535460 מין: זכר גיל: 32 שם האב: דן יעקב	מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22/06/2023 15:03 מספר ביקור: 2023134815 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	22/06/23 16:24	22/06/23 16:17	22/06/23 15:33	22/06/23 15:32	22/06/23 15:26
המטולוגיה	NEUT% (%)			68.0			
המטולוגיה	LYM% (%)			20.7			
המטולוגיה	MONO% (%)			8.9			
המטולוגיה	EOS % (%)			1.8			
המטולוגיה	BASO % (%)			0.6			
המטולוגיה	NORMOBLAST.abs (*10 ³ /ul)			0.00			
המטולוגיה	NORMOBLAST.% (%)			0			
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400		229			
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1		10.3			
המטולוגיה	PCT (%)			0.2400			
בנק הדם	ABO conf final (ad)						A
בנק הדם	Rh confirmation						POS
בנק הדם	Antibody screen Fin						שלילי
ביוכימיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0			0		
ביוכימיה	ICTERIC (mg/dL)	0			0		
ביוכימיה	LIPEMIC (mg/dL)	0			0		
ביוכימיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100			88		
ביוכימיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0			25.5		
ביוכימיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17			1.03		
ביוכימיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20			0.64		
ביוכימיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.14		
ביוכימיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.50		
ביוכימיה	SODIUM (mEq/L)	135-145			138		
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1			4.0		
ביוכימיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106			101		
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60			9.81		
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0			2.01		
ביוכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60			1.86		
ביוכימיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120			86		
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-35			28		

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 20:04

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15:03 22/06/2023 מספר ביקור: 2023134815 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 13/07/1990 תעודת זהות: 30535460 מין: זכר גיל: 32 שם האב: דן יעקב	שם משפחה: בונה שם פרטי: ינאי כתובת: עין הבשור 221 עין הבשור 8540500 טלפון: 0533300657 סוג דם: גורם מממן: כלילת
--	---	--

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	22/06/23 16:24	22/06/23 16:17	22/06/23 15:33	22/06/23 15:32	22/06/23 15:26
בייכימיה	AMYLASE (U/L)	28-100			61		
בייכימיה	LIPASE (U/L)	0-67			27		
כימיה - גזים	pH BLOOD	7.35-7.45				7.38	
כימיה - גזים	pCO2 (mmHg)	35.0-45.0				48.1↑	
כימיה - גזים	HCO3 (mmol/L)	22.0-26.0				27.7↑	
כימיה - גזים	pO2 (mmHg)	69.0-116.0				42.1↓	
כימיה - גזים	TCO2 (mmol/L)	23.0-27.0				29.2↑	
כימיה - גזים	ACTUAL BASE EXCBSS (mmol/L)	-2.4-2.3				1.8	
כימיה - גזים	STANDARD BICARBONATE (mmol/L)	22.0-26.0				25.5	
כימיה - גזים	STD BASE EXC (SBE) (mmol/L)					2.5	
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50			0.10		
ללא שיוך למעבדה	O2 SATURATION CALC. (%)	95.0-99.0				76.2↓	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עיבור מדבקה או בדיקה

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
יילום חזה	22/06/2023	לא הוקלדה תשובה
יילום גן	22/06/2023	לא הוקלדה תשובה
CT סט. מ. CT ראש / צוואר / חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 22/06/2023 מג. 1245004368059 מבצע: חן גל; סמ. CT ראש / צוואר / חזה / בטן אגן / במסגרת TOTAL BODY להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של הראש והצוואר ללא הזרקת ח.נ. ושל הצוואר, בית החזה הבטן והאגן לאחר הזרקת ח.נ. תוך יריד' בשיטת CTA: הבדיקה בוצעה בשאלה של נזק חבלתי. ממצאים: ראש: אין עדות לממצא פוקלי, אפקט מסה, לדימום תוך גולגולתי. קו האמצע הודגם שמור. חריצי המוח והפיסורות תקינים. חדר שלישי וחדרים לסרלים סימטריים. חדר רביעי בגודל ובמיקום תקינים. ציסטרות בזאליות שמורות. מבנה גרמי הודגם ללא ממצא חבלתי. לא הודגמה תפיחות רקמות רכות. מלאות כתאי האתמואיד עמ"ש צוואר; דנס בעמדה מרכזית. לא הודגמו שברים או סימני - 17 - רכות ללא ממצא חריג. CTA-הדגמה תקינה של כלי הדם גובהם. קוטר תקין של התעלה הגרמית.		

הופק ע"י ד"ר שוקרון יואל 22/06/2023 20:04

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: בונה	תאריך לידה: 13/07/1990	מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני
שם פרטי: ינאי	תעודת זהות: 30535460	מ.ר. 26765
כתובת: עין הבשור 221	מין: זכר	אחות אתראית רחל דרורי
עין הבשור		טלפון: 08-6400345
8540500		פקס: 08-6400043
טלפון: 0533300657	גיל: 32	תאריך ביקור: 22/06/2023 15:03
סוג דם:	שם האב: דן יעקב	מספר ביקור: 2023134815
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

הצוואריים כולל עורקי התרדמה והעורקים החולייתיים. בית החזה: לא הודגמה פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים המדיאסטינליים. ללא פנומומדיאסטינום או פניאומוטורקס. הסמפונות הראשיים הודגמו פתוחים. ללא ממצא ריאתי חבלתי. ללא תפליט פלאורלי או פריקורדיאלי. לא הודגמו שברים בצלעות או בעמוד השדרה הגבי. בטן ואגן: לא הודגם אוויר חופשי בחלל הצפק. כבד בגודל רגיל ומרקם הומוגני. כיס המרה בגודל רגיל. הטחול, הלב ובליב והאדרנלים ללא ממצא חבלתי. הכליות הודגמו בגודל וצורה תקינים, ללא עדות להידרונפרוזיס ועם אפקטים קורטיקו-מדולרי והפרשתי שמורים. שלפוחית שתן בעלת גבולות סדירים עם קטטרשתן בתוכה לא הודגם נוזל חופשי בחלל הצפק או באגן. ללא ממצא חבלתי בעמוד שדרה מותני, עצמות ומפרקי האגן. סיכום: ללא ממצא חבלתי יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפעמח להמשך בירור וטיפול.

מכתב גותם ע"י ד"ר שוקרון יואל מ.ר. 158581

חתימה: _____

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

גיל המטופל: 32.11

תאריך ביקור: 03/07/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 22/06/2023

תלונות/סיבת הפניה: סיכום מכתב שחרור בית חולים סורוקה - מחלקה כירורגית.

=====

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

המטופל התקבל לחדר טראומה לאחר תאונת דרכים במנגנון קשה

בקבלתו

נתיב אוויר שמור ללא גודש ורידי צוואר הונח צווארון A

כניסת אוויר שווה וטובה סטורציה שמורה באוויר חדר B

יציב המודימנית דפקים פריפרים נמושו היטב ללא דימומים פורצים, בבדיקה בטן רכה ללא

רגישות, אגן יציב, הוכנסו 2 לוקים C

ונלקחו בדיקות דם

אישונים שווים ומגיבים לאור 15 GCS התקבל בהכרה מלאה D

טונוס שמור ללא דם PR, הושלמה הפשטה ובהפיכה ללא ממצאים נוספים ללא רגישות

במישור חוליות עמ"ש

סיכום:

לאחר בירור וטיפול במיון הכירורגי כעת ללא בעיה כירורגית חריפה

מצבו מאפשר שיחרור הביתה.

משככי כאבים לפי הצורך

המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע

במקרה של החמרה כאבי

ראש מתגברים, הקאות, חולשת גפה או פלג גוף, שינויים במצב ההכרה או בכל החמרה

אחרת - נא לפנות למיון

מנוחה 5 ימים

מחלה נוכחית:

כעת מלין על כאבים בגב תחתון, מרכזי וצוואר.

סימנים חיוניים

נמדד ב: 04/06/2015

גובה: 177

נמדד ב: 04/06/2015

משקל: 78

BMI: 24.90

נמדד ב: 04/06/2015

דופק: 85

נמדד ב: 02/12/2018

120/

לחץ דם: 65

מתאריך: 22

eGFR: 92.27

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
7242		LOW BACK PAIN
9599		INJURY TRAUMATIC

דיון/תוכנית טיפולית: מופנה בעוד שבוע לבדיקת רפא אורתופד במרפאתנו.

תאריך: 11/07/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: בונה ינאי	מס זהות: 00305354607	גיל: 33.00 מין: ז
ת.לידה: 13/07/1990	ישוב: עין הבשור	רחוב: עין הבשור	
מס בית: 221	טלפון: 53- 3300657	טלפון נוסף: 53- 3300657	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/06/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/07/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 22/06/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: לדבריו מצב אחרי ת.ד. פונה למיון אחרי צילום ובדיקה שוחרר להמשך טיפול אמבולטורי מלתון על כאיבם צוחר גב עם הקרנה לרגליים דו"צ

בדיקה גופנית: בבדיקתו מתלך ללא צליעה תנועת מלאות כאובת ע,ש צווארי תחתון רגישות פרוורטבלרי דו"צ ללא ע,ש צווארי תחלון ללא חסר NV SLR שלילי דו"צ SPURLING שלילי דו"צ

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
8470		WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: מצב אחרי ת.ד. ללא סימני חסר נירולוגי בבדיקתו ממליץ על המשך טיפול בפיזיותרפיה ורפואה משלימה

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

תרופות

P	M	Q	OP	סה"כ משך פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
1	N	P	יחידה	7	D7	1	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG
		D					

סיכום והמלצות: נגד כאבים NSAIDS
מעקב רופא מטפל
פיזיותרפיה
רפוא משלימה
ביקורת לפי צורך

בברכה,

שם הרופא ד"ר יבגני קוביקוב
מס' רשיון 124073
חתימה וחותמת הרופא

גיל המטופל: 33.00

תאריך ביקור: 25/07/2023

תאריך תאונה: 22/06/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 03/07/2023:

סיכום מכתב שחרור בית חולים סורוקה - מחלקה כירורגית.

=====

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

המטופל התקבל לחדר טראומה לאחר תאונת דרכים במנגנון קשה

בקבלתו

נתיב אוויר שמור ללא גודש ורידי צוואר הונח צווארון A

כניסת אוויר שווה וטובה סטורציה שמורה באוויר חדר B

יציב המודימנית דפקים פריפרים נמושו היטב ללא דימומים פורצים, בבדיקה בטן רכה ללא

רגישות, אגן יציב, הוכנסו 2 לוקים C

ונלקחו בדיקות דם

אישונים שווים ומגיבים לאור 15 GCS התקבל בהכרה מלאה D

טונוס שמור ללא דם PR, הושלמה הפשטה ובהפיכה ללא ממצאים נוספים ללא רגישות

במישור חוליות עמ"ש

סיכום:

לאחר בירור וטיפול במיון הכירורגי כעת ללא בעיה כירורגית חריפה

מצבו מאפשר שיחרור הביתה.

משככי כאבים לפי הצורך

המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע

במקרה של החמרה כאבי

ראש מתגברים, הקאות, חולשת גפה או פלג גוף, שינויים במצב ההכרה או בכל החמרה

אחרת - נא לפנות למיון

מנוחה 5 ימים

מחלה נוכחית:

כעת מלין על כאבים בגב תחתון, מרכזי וצוואר.

25/07/2023:

סיכום רופא אורתופד מביקור אחרון 11.07.2023

מצב אחרי ת.ד. ללא סימני חסר נירולוגי בבדיקתו ממליץ על המשך טיפול בפיזיותרפיה

ורפואה משלימה.

סיכום והמלצות: נגד כאבים NSAIDS מעקב רופא מטפל פיזיותרפיה רפוא משלימה

ביקורת לפי צורך.

=====

מחלה נוכחית:

עדיין מלין על כאבים בגב תחתון מקרין לרגליים.

סימנים חיוניים

נמדד ב: 04/06/2015

גובה: 177

נמדד ב: 04/06/2015

משקל: 78

BMI: 24.90

נמדד ב: 04/06/2015

דופק: 85

נמדד ב: 02/12/2018

120/

לחץ דם: 65

eGFR: 92.27

מתאריך: 22

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT

29.08.2023

לכבוד
הרופא המטפל

הנדון: מר יגאי בונה ת.ז. 305354607

ד.ב.:

סיבת הביקור: בן 33, צלם טבע. ב- 22.06.2023 היה מעורב בתאונת דרכים בקינמטיקה קשה, ומאז חש החמרה בכאבי הגב והקרנה לרגליים.

בבדיקה הגופנית: הליכה ויציבה תקינות, הגבלת תנועות הגב התחתון, כח גס שמור, מבחן ע"ש לסג שלילי, מבחן היפראקסטנציה חיובי.

הדמיה: CT ע"ש מתני – אין רואים שבר.

לסיכום: גבר בן 33 לאחר חבלה לגב התחתון בתאונת דרכים ללא ממצא בבדיקת ה-CT, MRI ולכן יש להשלים בירור הדמייתי עם ע"ש מתני.

המלצות:

1. MRI ע"ש מתני בשאלה של קרע אנולוס כסיבת כאביו.

לכבוד רב,
ד"ר גד ולן
מומחה בכירורגיה אורתופדית
ניתוחי טבור שדירה
מ.ר. 21003 ת.ז.מ. 16745
ד"ר גד ולן
מומחה בכירורגיה אורתופדית

מרפאות:

רח' וייצמן 14 תל אביב | קומה 18 | טל': 03-5396560 | פקס: 03-JMEDICAL תל - אביב : מרפאת 5396575 |

באר - שבע: מרכז רפואי מדיטון קניון הנגב | תאום תורים: טל': 08-6284747 | פקס: 08-6284748
ראש פינה : רח' האגס 1 | בניין רימון | קומה שניה | תאום תורים: טל': 073-3310440
כתובת למשלוח דואר: רח' לוי קיפניס 1/8 תל אביב 69626

תאריך: 30/04/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **בונה ינאי**
מס זהות: **00305354607**
גיל: **33.09** מין: **ז**
ת.לידה: **13/07/1990**
ישוב: **עין הבשור**
רחוב: **עין הבשור**
מס בית: **221**
טלפון: **53- 3300657**
טלפון נוסף: **53- 3300657**

מספר הפניה: **38758014916**

מספר רשיון: **165572**
תז נבדק: **0305354607**
מספר הפניה: **038758014916**
גורם שולח: **8758**

לכבוד: **רופאה משלימה.**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
87001	K0604	רפואה משלימה - רפלקסולוגיה	870014

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות / סיבת הפניה מתאריך: 10/09/2023
תלונות / סיבת הפניה מתאריך: 05/09/2023
סיכום מכתב רופא אורתופד פרטי - ד"ר גד ולן.
בן 33. צלם טבע, ב 22.06.2023 היה מעורב בתאונת דרכים בקינמטיקה קשה.
ומאז חש החמרה בכאבי גב והקרנה לרגליים.
- הדמיית CT עמוד"ש מותני - אין רואים שבר.

לסיכום:
גבר בן 33 לאחר חבלה לגב התחתון בתאונת דרכים ללא ממצאים בבדיקת CT
ולכן יש להשלים MRI בירור והדמיית עם ע"ש מותני

המלצות:
יש להשלים MRI מותני בשאלה של קרע אנטולוס כסיבה לכאבים
30/04/2024
השלים בדיקת MRI -
בלטים דיסקליים ב L2-L3, L4-L5, L5-S1.
נבדק שוב ע"י דר גד ולן (לא הוצג בפני מסמכים) ממליץ על המשך טיפול
סימפטומטי ורפואה משלימה.

עדיין מלין על כאבים בגב תחתון וצוואר.

סימנים חיוניים: גובה 177 04/06/2015 משקל 78 04/06/2015 bmi 24.90

לחץ דם 65 / 120 02/12/2018

דופק 85 04/06/2015

22/09/2022 מתאריך 92.27 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7242	LOW BACK PAIN	

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/09/2023
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/09/2023

ה.ה.ר 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

30/04/2024

00305354607 - 23 - רפס ע"י בילל נעאמי

בונה ינאי

גיל המטופל: 33.09
תאריך ביקור: 30/04/2024
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 10/09/2023:
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 05/09/2023:
סיכום מכתב רופא אורתופד פרטי - ד"ר גד ולן.
בן 33. צלם טבע, ב 22.06.2023 היה מעורב בתאונת דרכים בקינמטיקה קשה.
ומאז חש החמרה בכאבי גב והקרנה לרגליים.
- הדמיית CT עמוד"ש מותני - אין רואים שבר.

לסיכום:
גבר בן 33 לאחר חבלה לגב התחתון בתאונת דרכים ללא ממצאים בבדיקת CT ולכן יש להשלים MRI בירור והדמיית עם ע"ש מותני

המלצות:
יש להשלים MRI מותני בשאלה של קרע אנטולוס כסיבה לכאבים
30/04/2024:
השלים בדיקת MRI -
בלטים דיסקליים ב L2-L3, L4-L5, L5-S1.
נבדק שוב ע"י דר גד ולן (לא הוצג בפני מסמכים) ממליץ על המשך טיפול סימפטומטי
ורופאה משלימה.

עדיין מלין על כאבים בגב תחתון וצוואר.

סימנים חיוניים

גובה: 177 נמדד ב: 04/06/2015

משקל: 78 נמדד ב: 04/06/2015

BMI: 24.90

לחץ דם: 65 / 120 נמדד ב: 02/12/2018 דופק: 85 נמדד ב: 04/06/2015

מתאריך: 22 eGFR: 92.27

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/09/2023:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/09/2023:
מופנה לפי המלצת רופא אורתופד לביצוע MRI מותני
ההפניות שהופקו ב 05/09/2023:
הפניה לדימות - 78548-ת.מ. MRI בדיקת עמוד
ההפניות שהופקו ב 10/09/2023:
הפניה לדימות - 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד
30/04/2024:
יגע עם מכתב סיכום של רופא אורתופד פרטי דר גד.
נמשיך טיפול ברופאה משלימה+ טיפול סימפטומטי.
בכל החמרה במצב נא לפנות לעזרת רופא בהקדם.
רופאה שלמה.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לרפואה יועצת	87001-רפואה משלימה - רפלקס	H1	הודפס

תאריך: 26/09/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בונה ינאי	מס זהות:	00305354607	גיל:	34.02	מין:	ז
ת.לידה:	13/07/1990	ישוב:	עין הבשור	רחוב:	עין הבשור	טלפון נוסף:	53- 3300657	
מס בית:	221	טלפון:	53- 3300657					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/06/2023

שלום רב,

תאריך ביקור: 26/09/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/07/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/07/2023:

סיכום מכתב שחרור בית חולים סורוקה - מחלקה כירורגית.

=====

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

המטופל התקבל לחדר טראומה לאחר תאונת דרכים במנגנון קשה

בקבלתו

נתיב אוויר שמור ללא גודש ורידי צוואר הונח צווארון A

כניסת אוויר שווה וטובה סטורציה שמורה באוויר חדר B

יציב המודימנית דפקים פריפרים נמושו היטב ללא דימומים פורצים, בבדיקה בטן

רכה ללא רגישות, אגן יציב, הוכנסו 2 לוקים C

ונלקחו בדיקות דם

אישונים שווים ומגיבים לאור GCS 15 התקבל בהכרה מלאה D

טונוס שמור ללא דם PR, הושלמה הפשטה ובהפיכה ללא ממצאים נוספים ללא

רגישות במישוש חוליות עמ"ש

סיכום :

לאחר בירור וטיפול במיין הכירורגי כעת ללא בעיה כירורגית חריפה

מצבו מאפשר שיחרור הביתה.

משככי כאבים לפי הצורך

המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע

במקרה של החמרה כאבי

ראש מתגברים, הקאות, חולשת גפה או פלג גוף, שינויים במצב ההכרה או בכל

החמרה אחרת - נא לפנות למיין

מנוחה 5 ימים

מחלה נוכחית :

כעת מלין על כאבים בגב תחתון , מרכזי וצוואר.

25/07/2023:

סיכום רופא אורתופד מביקור אחרון 11.07.2023

מצב אחרי ת.ד. ללא סימני חסר נירולוגי בבדיקתו ממליץ על המשך טיפול

בפיזיותרפיה ורפואה משלימה.

סיכום והמלצות: נגד כאבים NSAIDS מעקב רופא מטפל פיזאורטפיה רפוא

משלימה ביקורת לפי צורך.

=====

מחלה נוכחית :

עדיין מלין על כאבים בגב תחתון מקרין לרגליים .

26/09/2024:

עדיין מתלונן על כאבי גב שמקרין לצוואר ולרגליים .

אבחנות בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN
9599		INJURY TRAUMATIC
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/07/2023
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/07/2023
מופנה בעוד שבוע לבדיקת רפא אורתופד במרפאתנו.
25/07/2023
מופנה לביצוע ההמלצות של רופא אורתופד :
סיכום והמלצות:
נגד כאבים NSAIDS
מעקב רופא מטפל
פיזיותרפיה
רפוא משלימה
ביקורת לפי צורך
26/09/2024
נגד כאבים NSAIDS
מעקב רופא מטפל .

בברכה,

חוסאם אבו ציאם	147225	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רישיון	חתימה וחתימת הרופא



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים רפואיים

(עמודים 28 עד 28)



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

ינאי בונה - נ ג ד - ענבל חברה לביטוח בע"מ ואח'

התובע, ינאי בונה, 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 בית החולים סורוקה, בבאר שבע, מוקד טרם לרפואה דחופה 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 פרייבורג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 30 עד 32)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ז"ה	שם פרטי	י"א	תעודת זהות	305354607	ז"א	שם האב
רחוב	ח' הגליל	מס'	221	עיר	הגליל	מיקוד	8540500
				טלפון	0533300657		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: כ"א
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: 10/5/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מ"ד אריאל פריינברג
מס' רשמי: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, י"א ז'נר

ת.ז. ח.פ. מס' 305354607, מרחוב י'א ז'נר 22, י'א ז'נר

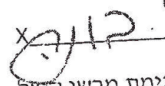
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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 דעתי 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 בתיבת הכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 10 לחודש 5 שנה 24

חתימה: 
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין
עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ ינאי בונה _____ בעל ת.ז. 30535460 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:	_____	מצב נפשי	_____	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 07/10/24 הופיע/ה בפני ינאי בונה _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 30535460 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.

_____ עו"ד
חתימת עורך הדין
מ.ר. 62254