



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

אוקטובר 09 2024
Office@freiberg-law.com

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
מחלקת תביעות
שלמה חברה לביטוח בע"מ

באמצעות דוא"ל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il

ח.נ.,

תאונה מיום 27/7/20
רכב נושא מ"ר: 697-08-601
הנדון: הנפגעת: מיכל דבש אוסטרר, ת.ז. 34440990

הנני מייצג את מרשתי הנפגעת שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 27/7/20, עת נהגה ברכבה בנתיבי איילון, בסמוך למחלף ההלכה, פגע ברכבה של מרשתי רכב הנושא מ"ר 51-811-52 ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

***רצ"ב העתק תעודת חובה, ודו"ח אירוע צד ג' בצירוף תמונות, מסומנים "1".**

2. לאחר התאונה, נוכח כאבים עזים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב, ובכתף ימין פנתה לקבלת טיפול רפואי ולאחר ביצוע מספר בדיקות שוחררה לביתה בהמלצה להימנע מפעילות, גפה מורמת, המשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 7 ימים.

3. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והשכמות, וכתף ימין עם קושי בהרמה ובתפקוד נבדקה ע"י מומחה אורתופדי אשר הפנה אותה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה, טיפולי רפואה משלימה וביצוע פעילות בהתאם לסף כאב.

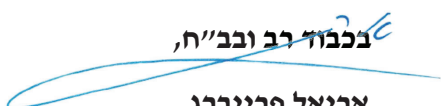
4. כמצוות המומחה האורתופדי, בניסיון להקל על הכאבים וההגבלה, מתוך מטרה לשיפור טווחי תנועה, ביצעה מרשתי טיפולי רפואה משלימה, לרבות טיפולי רפלקסוגיה ושיאצו.

5. לאחר ביצוע סדרת טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה אינטנסיביים, הן במסגרת הקהילה והן במסגרת פרטית, נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב וכתף ימין

רצ"ב תעודות רפואיות וקבלות חלקיות, מסומנות "2".

6. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב וכתף ימין, מהקרנת הכאבים לשכמות, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה ונשיאה, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בכיפוף, הרמה מכאבים, צורך בנטילת משככי כאבים, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותזדקק לו גם בעתיד.
7. מרשתי מנהלת הדרמה של רשת 13, בכירה בתחום הקולנוע ומרצה בתחום, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשתי בביצוע עבודתה, היא נעדרת ממנה וזקוקה להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
8. בעטיה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותזדקק לה גם בעתיד.
9. מחמת התאונה ותוצאותיה, מתקשה מרשתי בנהיגה והיא נזקקת להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.
10. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים לקביעת נכותה אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי בסך 85,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.
11. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.


בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג,



דו"ח אירוע צד ג'

פרטים אישיים:

מס' רכב שלמה:	מקום התאונה:	תאריך התאונה:
69708601	נתיבי איילון, הלכה	00:00 27/07/2020
שם הנהג בזמן התאונה:	שם חברה:	דגם:
מיכל דבש	מיכל דבש אוסטרר	קיה סטוניק
מס' ת.ז. / דרכון:	טלפון נייד:	כתובת:
34440990	052-6560634	עגנון 22, תל אביב - יפו
תאריך תוקף רשיון:	שנת הוצאת רשיון:	מס' רשיון:
25/08/2026	2016	6872732
		תאריך לידה:
		25/08/1977

פרטי צד ג':

שם חברת הביטוח:	דגם:	מס' הרכב:
שלמה חברה לביטוח	טויוטה פריוס פלוס	5181152
שם הנהג:	שם סוכן הביטוח:	מס' פוליסה (יש לרשום ספרות בלבד ללא סימנים):
מקסים - אינו דובר עברית רק רוסית		
טלפון:	מס' ת"ז:	כתובת:
058-5003655		
כלי רכב נוספים המעורבים בתאונה:		
תאור הנזק של צד ג':		
מס' תיק במשטרה:	האם נתקבל אישור מהמשטרה?	האם דווח למשטרה?
	☐ כן ☒ לא	☐ כן ☒ לא

סמן פגיעות ברכב

תאור הנזק לרכבנו:

צד שמאל מעיכה וקילוף של הדלתות והגלגל

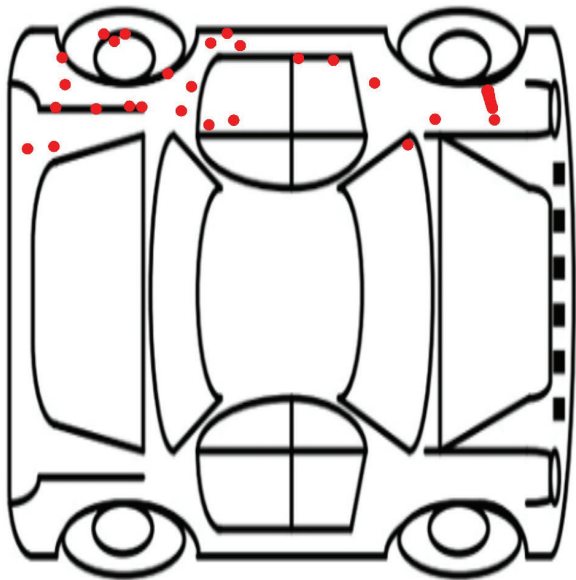
כיצד אירעה התאונה?

נהג נכנס בי מצד שמאל בעוצמה

האם אתה אשם בתאונה?

☐ כן

☒ לא



✓ הצהרה: הנני מצהיר כי כל המידע והפרטים שמסרתי הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. הנני מתחייב להעביר מייד לחברתכם כל מכתב או מסמך שיגיע אלי הנוגע לתאונה, ולהימנע מלמסור הודעה או פרטים כלשהם לגורם בלתי מוסמך או שאינו מטעמכם.

שם ממלא הדו"ח:
מיכל דבש אוסטרר

חתימת הלקוח/נהג:

28/07/2020

הוספת תמונות:

*ניתן להוסיף עד 9 תמונות.





55449



שים לב,
מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה,
כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

הדפסה מתאריך 18/12/19

עוֹתֵק לִמְבוֹטָח
תְּעוּדַת בִּיטוּחַ חוֹבָה מס': 9051772
לפי פקודת ביטוח דרכ מנועי (נוסח חדש) תשע"ל / 1970

העתק - לא תעודה מקורית

שם בעל(י) הפוליסה: שלמה פסגה בע"מ ו/או מיכל דבש אוסטרך

כתובת: קרית שלמה, ניר צבי 72905 ת.ז. ח.פ. 930069949

מועד תחילת הביטוח (המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני) 1/01/20

מועד פקיעת הביטוח: 31/12/20 בחצות

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7

כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו

השימוש המותר ברכב: 1,5 הרחבות: אין

כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו

שם הסוכן: מבוטח ישיר ליסינג מס': 100000

סוג הרכב: M-1

סוג רכב לצורך ביטוח: פרטי

יצרן/דגם: קיה מוטורס סטון

מס' שלדה: 330466

שנת ייצור: 2019 סמיק/משקל: 998

מס' נוסעים: כחוק

תאריך הוצאה: 18/12/19 שעה: 0000

קוד מוטב: 7-3180-62

חותמת הבנק

ש. שלמה חברה לביטוח

תאריך: 18/12/2019 שעה: 00:00
שולם באמצעות זיכוי חשבון 237489
בנק מזרחי טפחות בע"מ סניף 461
כרטיס אשראי אישור מס': 0171220

הסכום לתשלום: 917.00 שיח

בלי חותמת הבנק
על תעודה זו -
אין לה תוקף.
נא בדוק נכונות
הפרטים שבתעודה.

אורי אומיד
מנכ"ל החברה

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה.
ע. שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה שמלצר פינת מרטין גהל 10, קרית אריה, פתח תקוה, 4951245 | *3739
www.shlomo-bit.co.il

23974-1/1 20191219_0952_cust.txt

תאריך 27/07/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

דבש אוסטרר מיכל	00-03444099-0	42.11	נ	25/08/1977	ויקטור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	עגנון ש"י	22 / 32		52 - 6560634	52 - 6560634
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 27/07/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/07/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה:

דיווח על מעורבות בתאונת דרכים
בת 42
רגישויות ידועות - ללא

כנהגת רכב פרטי אשר התנגש עם רכב אחר במנגנון חזיתי.
חבלות ישירות - ללא / אינן נפתחו כריות אוויר.
ללא אובדן הכרה, ללא חבלות אחרות, ללא הקאות
דיווח על כאבי צוואר, אגן, כתף ימין

נושא הבדיקה: כירורגיה

בדיקה גופנית: נינוחות מלאה, ללא מצוקה נשימתית. ללא כיחלון, ללא חיזורון.
שיתוף פעולה מלא.

הכרה מלאה, התמצאות מלאה בזמן סביבה וסיטואציה.
כח גס שמור, החזרים שמורים, ללא פגיעה בפרספציה סנסורית.

בית חזה סימטרי, ללא ממצאי חבלה חיצוניים.
ריאות נקיות, כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, נשימה בועית תקינה. קולות לב
סדירים, לא מרוחקים.

אגן יציב, ללא רגישות, ללא סימני חבלה חיצוניים. ללא הגבלה בטווח תנועת
גפיים.

קוד	איפיון	אבחנה
U80		INJURIES
8470	MILD	WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: ללא בעיה כירורגית חריפה

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס	אישור מחלה	אישור
11	28/07/2020	03/08/2020	הודפס		

סכום והמלצות:

- * מעקב רופא מטפל
- * משככי כאבים לפי הצורך
- * קומפרסים קרים בימים הקרובים
- * גפה מורמת.
- * ביקורת אורטופד במידת היעדר הטבה צפויה בעוד 7-10 ימים
- * בכל מקרה של החמרה נא לפנות למוקד רפואי זמין.

בברכה,

ד"ר (רופא) גארי מוזס	38185	מס' רשיון
שם הרופא		חתימה וחותמת הרופא



27/07/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

דבש אוסטרר מיכל		00-03444099-0		נ 42.11	25/08/1977	ויקטור
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	ת. לידה	שם האב
תל אביב - ישוב	עגנון ש"י	22 / 32	מס בית	52 - 6560634	52 - 6560634	52 - 6560634
רחוב	טלפון נוסף	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

27/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/07/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה:

דיווח על מעורבות בתאונת דרכים
בת 42
רגישויות ידועות - ללא

כנהגת רכב פרטי אשר התנגש עם רכב אחר במנגנון חזיתי.
חבלות ישירות - ללא / אינן נפתחו כריות אוויר.
ללא אובדן הכרה, ללא חבלות אחרות, ללא הקאות
דיווח על כאבי צוואר, אגן, כתף ימין

נושא הבדיקה: כירורגיה

בדיקה גופנית: נינוחות מלאה, ללא מצוקה נשימתית. ללא כיחלון, ללא חיוורון.
שיתוף פעולה מלא.

הכרה מלאה, התמצאות מלאה בזמן סביבה וסיטואציה.
כח גס שמור, החזרים שמורים, ללא פגיעה בפרספציה סנסורית.

בית חזה סימטרי, ללא ממצאי חבלה חיצוניים.
ריאות נקיות, כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, נשימה בועית תקינה. קולות לב
סדירים, לא מרוחקים.

אגן יציב, ללא רגישות, ללא סימני חבלה חיצוניים. ללא הגבלה בטווח תנועת
גפיים.

קוד	איפיון	אבחנה
U80		INJURIES
8470	MILD	WHIPLASH INJURY

דף 1 מ 2

27/07/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-03444099-0 הודפס ע"י ד"ר (רופא) גארי מוזס

סיכום ביקור

דבש אוסטרר מיכל

ממצאים קליניים
ללא דפורמציה או דלדול שרירים
רגישות פרבורטברלית
טווח מלא בהנעת הצוואר
שמורה NV

חתימה וחותמת הרופא

113777

ד"ר יניב ורשבסקי

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר.

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר יניב ורשבסקי 00-03444099-0

הפניה לפיזיותרפיה

דבש אוסטרר מיכל

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

27/07/2020 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		ד"ר (רופא) גארי מוזס	
00-03444099-0		כירורגיה וטראומטולוגיה	
25/08/1977		38185	
נ 42.11		אבן גבירול, 124	
מס זהות		03-7622300	
שם משפחה ושם פרטי		03-7622304	
דבש אוסטרר מיכל		פיקס	
שם האב		מחוז: ת"א	
52 - 6560634		מס בית	
52 - 6560634		מס בית	
טלפון נוסף		מס בית	
טלפון		מס בית	
עגנון ש"י		מס בית	
רחוב		מס בית	
תל אביב - ישוב		מס בית	

27/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 28/07/2020 עד תאריך 03/08/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 7

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

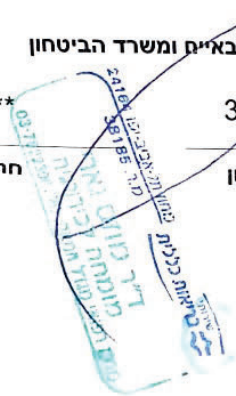
38185

ד"ר (רופא) גארי מוזס

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו התומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/07/2020 הודפס ע"י ד"ר (רופא) גארי מוזס 00-03444099-0

שור מחלה

אוסטרר מיכל

06/09/2020 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
דבש אוסטר מיכל	00-03444099-0	43.00	נ	25/08/1977	ויקטור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב -	עגנון ש"י	22 / 32		52 -6560634	52 - 6560634
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35722011296

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722011296

תז נבדק



34440990

רשיון רופא



113777

שירות שנבחר

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

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תאונת דרכים במנגנון אחורי לפני חודש
סובלת מכאבים בצוואר ובשכמות

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/09/2017		DYSPLASTIC NEVUS SYNDROME

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2005	01/08/2005		APPENDECTOMY
01/01/1997	01/01/1997		SMOKER
01/01/2016	01/01/1997		SMOKER
01/01/2018	01/01/1997		SMOKER

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

7 ה.ר.0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-03444099-0 הודפס ע"י ד"ר יניב ורשבסקי

הפניה לפיזיותרפיה

דבש אוסטר מיכל

חודפס בתאריך: 01/04/2024 09:40
חודפס ע"י: אסתר גילי
רישום מתאריך: 22/09/2020 13:25:15

ד"ר

ביקור רופא ברפואה משלימה

דבש אוסטרר מיכל; ת.ז.: 00-03444099-0 גיל: 46.7
הדרך לרפואה שלמה



דיון ותוכנית הטיפול

תוכנית טיפול

הערות	חובה/ אופציונלי	כמות	טיפול
		10	שיאצו
		10	רפלקסולוגיה
			ייעוץ

הערה ייחודית למטפל: רגישה מאד למגע בכפות רגליים

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 22/09/2020
רופא מעדכן: ד"ר רוני מזרחי
שם מרפאה: ייעוץ אונליין רפואה משלימה
קוד מרפאה: 3699 קוד מחוז: 02 קוד מקצוע: 125 תאור מקצוע: רופא ברפואה משלימה
מס' רשיון: 21063

ז סמון כרטיס



מרכז כללית רפואה משלימה

יממה 1 תל אביב
 עוסק מורשה: 589906114
 מספר תיק במע"מ: 589906114
 מס. תיק מכרז: 924345507
 מקבוצה לר"ה

לכבוד:

דבש אוסטרר מיכל

עגנון ש"י 22/32

תל אביב - יפו 6936227

Email: dvash.michal@gmail.com

ממחן: 7652, רמת אביב - משלימה

תאריך חשבונית: 12/10/20

תאריך הדפסה: 01/04/24

שעת הדפסה: 14:14

מספר תעודה:

IN204652011359

חשבונית מס IN204652011359 - מקור

סה"כ מחיר	מחיר ליחידה	יתרה לאספקה	כמות	קבוצה לוגית	תאור מוצר	ברקוד	מק"ט	הזמנה	
118.00	118.0000 ש"ח	0.00 יח	1.00 יח	39	רפלקסולוגיה	*76150*	76150	SO20652005737	1

118.00	מחיר כולל
0.00	מע"מ
118.00 ש"ח	סה"כ מחיר

ברקוד מספר חשבונית: *IN204652011359*

לתשלום עד: 12/10/20

מס. לקוח: 034440990

OGM: +++006/4389/08092+++

סניף: משלימה רמת אביב

חשוי עסקי

dip,ty=o,30,30

אורנה המאווי

כללית רפואה משלימה

הדפסת חשבונית מס – ש.ל.ה.

הדרך לרפואה שלמה



פלטגס כללית רפואה משלימה

רחמיאל 14, תל אביב

עוסק מורשה: 589906114

מספר תיק במע"מ: 589906114

מס. תיק נכ"מ: 924345507

לכבוד:

דבש אוסטרר מיכל

עגנון ש"י 22/32

תל אביב - יפו 6936227

Email: dvash.michal@gmail.com

ממחן: 7652, רמת אביב - משלימה

תאריך חשבונית: 12/10/20

תאריך הדפסה: 01/04/24

שעת הדפסה: 14:15

מספר תעודה:

IN204652011359

חשבונית מס IN204652011359 - העתק

הזמנה	מק"ט	ברקוד	תאור מוצר	קבוצה לוגית	כמות	יתרה לאספקה	מחיר ליחידה	סה"כ מחיר
SO20652005737	76150	*76150*	רפלקסולוגיה	39	1.00 יח	0.00 יח	118.0000 ש"ח	118.00

מחיר כולל	118.00
מע"מ	0.00
סה"כ מחיר	118.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *IN204652011359*

לתשלום עד: 12/10/20

מס. לקוח: 034440990

OGM: +++006/4389/08092+++

סניף: משלימה רמת אביב

חסוי עסקי

dip,ty=0,30,30

אורנה המאווי

כללית רפואה משלימה

הדפסת חשבונית מס – ש.ל.ה

הדרך לרפואה שלמה



מחלקת כללית רפואה משלימה

רחמיאל, תל אביב

עוסק חורשה 589906114

מספר תיק במע"מ: 589906114

מס' תיק גלילי: 924345507

לכבוד:

דבש אוסטרר מיכל

עגנון ש"י 22/32

תל אביב - יפו 6936227

Email: dvash.michal@gmail.com

ממחן: 7652, רמת אביב - משלימה

תאריך חשבונית: 26/10/20

תאריך הדפסה: 01/04/24

שעת הדפסה: 14:16

מספר תעודה:

IN204652012076

חשבונית מס IN204652012076 - מקור

הזמנה	מק"ט	ברקוד	תאור מוצר	קבוצה לוגית	כמות	יתרה לאספקה	מחיר ליחידה	סה"כ מחיר
SO20652006159	76150	*76150*	רפלקסולוגיה	39	1.00 יח	0.00 יח	118.0000 ש"ח	118.00

מחיר כולל	118.00
מע"מ	0.00
סה"כ מחיר	118.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *IN204652012076*

לתשלום עד: 26/10/20

מס. לקוח: 034440990

OGM: +++006/4791/83910+++

סניף: משלימה רמת אביב

חסי עסקי

dip,ty=o,30,30

אורנה המאווי

כללית רפואה משלימה

הופק באמצעות סופטוור גלילי - פריוריטי סופטוור גלילי

06/09/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
דבש אוסטר מיכל	00-03444099-0	43.00	נ	25/08/1977	ויקטור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	עגנון ש"י	22 / 32		52 -6560634	52 - 6560634
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/09/2020

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תאונת דרכים במנגנון אחורי לפני חודש סובלת מכאבים בצוואר ובשכמות

בדיקה גופנית: ללא דפורמציה או דלדול שרירים רגישות פרבורטברלית טווח מלא בהנעת הצוואר שמורה NV

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה בקופח

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

בברכה,

113777

ד"ר יניב ורשבסקי

חתימה וחוקמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מרפאה: 7652, מלימה רמת אביב
ברודצקי 43 כנסה 7 קומה 7
טלפון: 03-7407700

מס. דיווח: 034440990
דבש אוסטרר מיס
עגנון ש"י 22/32
תל אביב - יפו
יתרת הלקוח ב-0.00
יתרת הלקוח ברשת -0.00
כללית

כללית
רפואה משלימה

טיפולים שבוצעו

טיפולים שבוצעו								הזמנה
מחיר לקוח כולל מע"מ	תאור טיפול	קוד טיפול	קוד דרג	קוד מחירון	סטטוס	רופא/מטפל	ת.ביצוע	סניף
33	ייעוץ און ליין מלא	7610	ר	7004	גמור	ד"ר רוני מזרחי	22/09/20	משלימה ייעוץ אונליין
0	אי הופעה לטיפול	76951	ר	7005	גמור	מרניה נעים	01/10/20	משלימה רמת אביב
118	רפלקסולוגיה	76150	ר	7004	גמור	גילית רום	05/10/20	משלימה רמת אביב
118	רפלקסולוגיה	76150	ר	7004	גמור	גילית רום	12/10/20	משלימה רמת אביב
60	חיוב אי הופעה לטיפול	7614	ר	7005	גמור	גילית רום	19/10/20	משלימה רמת אביב
118	רפלקסולוגיה	76150	ר	7004	גמור	גילית רום	26/10/20	משלימה רמת אביב
447								

תשלומים/החזרים

תשלומים/החזרים														
ת. למאזן		ת. ערך		סניף		אסמכתא		סוג תנועה		כסום		פרטים		א
מס. ליקוח: 034440990														
22/09/20		22/09/20		משלימה ייעוץ אונליין		RC209679020864		ק		33		קבלה		כן
05/10/20		05/10/20		משלימה רמת אביב		RC209652004135		ק		118		קבלה		כן
12/10/20		12/10/20		משלימה רמת אביב		RC209652004252		ק		118		קבלה		כן
19/10/20		19/10/20		משלימה רמת אביב		RC209652004422		ק		60		קבלה		כן
26/10/20		26/10/20		משלימה רמת אביב		RC209652004594		ק		118		קבלה		כן
סה"כ כולי														
447														

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

דבש אוסטרר	מיכל	034440990	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
ש"י עגנון	תל אביב		
רחוב	22/32	מיקוד	טלפון
	מס'	עיר	

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.

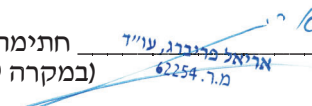
למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

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: 11/09/2024 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) 

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ מיכל דבש אוסטרר
ת.ז.ח.פ. מס' 034440990, _____ מרחוב _____ ש"י עגנון 22/32, תל אביב _____,

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

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 _____ לחודש _____ 9 _____ שנה 2024

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין