



בית משפט השלום בכפר סבא

06 נובמבר 2024

ת"א 13111-11-24 פרנץ נ' פרנץ ואח'

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 06/11/2024 בשעה (بالساعة) 11:14 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 13111-11-24 פרנץ נ' פרנץ ואח'.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו בתוך פרק הזמן הקבוע בהודעת המזכיר המשפטי, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852* www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך : 4.11.24

התובע : **עומרי פרנץ, ת"ז 311410302**
מרחוב נלקין 6, כפר סבא, 4465330
טלפון : 054-3379110

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 –

הנתבעות : **1. לירן פרנץ, ת"ז 36584118**
מרחוב הבנים 15, רמת גן

2. הפניקס חברה לביטוח בע"מ
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל' : 03-7332202; פקס : 03-7337869
דוא"ל : PtichotHova@fnx.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 בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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

חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 22.09.1993, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסע ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 823-20-701 (להלן: "הרכב").
 2. הנתבע 1 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הנהג ו/או המשתמש ברכב.
 3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "כנספה 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצות בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. התובע, כבן 31 במועד התאונה, מנהל רכש בתחום המלונאות, נעדר מעבודתו לאחר התאונה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.
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 14.01.2024, בשעה 18:45 או בסמוך לכך, בכביש 2, בק"מ מס' 60.8 היה הרכב בו נסע התובע מעורב בתאונה קשה עם רכב מ.ר 35-000-33 והא נפצע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה פונה התובע על ידי צוות מד"א למרכז הרפואי הלל יפה, בחדרה, שם אובחנו כאבים בצוואר, בגב, בשוק רגל ימין וביד שמאל, כמו כן תחושת בחילות וכאבים, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה ניכרת בתנועות הצוואר, הגב הכתפיים והגפיים התחתונות, טופל במסגרת קופת החולים, שם נמצא הגבלה בתנועות הצוואר ושרירי העורף, הופנה לביצוע טיפול פיזיותרפיה, בדיקות הדמיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

11. כמצוות רופאיו ביצע התובע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, תוך משמעת ותרגול עצמי, עם הטבה בטווחי תנועה, אך למרות השיפור, נותר עם כאבים והגבלה משמעותית בטווחי התנועות.

12. התובע אשר בנוסף סבל מכאבים בברך שמאל חווה החמרה משמעותית והוחלט להפנותו להמשך טיפול רפואי וביצוע בדיקות הדמיה בשאלה של חשד לקרע ברצועה.

13. כן, בהיעדר הטבה בכאבים ובהגבלה בתנועות הצוואר הכתפיים והגב הוחלט להפנותו להמשך טיפול ומעקב רפואי, טיפולי רפואה משלימה, טיפולי פיזיותרפיה נוספים ונטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב.

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

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב מהחמרה בכאבים והגבלה בתנועות ברך ורגל שמאל, מקושי בכיפוף והרמה, מקושי בעמידה, הליכה ושיבה ממושכת, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מחוסר יציבות, מכאבים וצורך בנטילת משככי כאבים והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע אחראי רכש של רשת מלונות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

17. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 85,500 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 25,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 12,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 10,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.



(4) הוצאות ניידות ונסיעה בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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 פרייבדג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: מסמכי משטרה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 24)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 26 עד 26)	26
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 28 עד 31)	28



נספח 1 :

מסמכי משטרה

(עמודים 7 עד 8)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 20904/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ד
תאריך 15/01/2024, ה' שבט תשפ"ד, 14:13

יחידה - שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף
כתובת משטרת חדרה כביש 4 הישן חיפה - תא
טלפון 046327400
פקס 046327211
דואל bohanim.hadera@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/01/2024 בשעה 18:45

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 2 ק"מ מס 60.8

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

3500033

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

קיה סלובקיה

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	309063113	אשטה אמבאו	20/02/1961	קריית ים, שד ירושלים 62		

פרטי הרכב

מספר רכב

82320701

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

יונדאי קוריאה

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

23-110-521-1323547

הפניקס הישראלי



עורבים ברכה

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	36584118	פרנץ לירן לימור	23/03/1988	רמת נו, הבנין 15 הלליסה - חדרה	קלה	
נוסע	311410302	פרנץ עומרי	22/09/1993	כפר שבא, גלקיון הלליסה - חדרה	קלה	

פרטי חולכי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב חתיק	מתאריך
2	בחקירה	15/01/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1076504	דניאלי	ירון

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1117902	תהל	אלבו	רסב	חוקר משל

מקום שרות

יחידת בוחנים מחוז תא

חתימה
15/01/2024 14:13

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 24)





סודי רפואי

מחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר גלאל מ.ר. 18795	אח/ות אחראי/ת: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 22:22 14/01/2024

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11720721

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 להוראת חוק.
מסירת המידע בביגוד לקדם בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת. זהות: 311410302
מין: זכר	ת. לידה: 22/09/1993	גיל: 30
כתובת: מלקין 6/45 כפר סבא 4465330	טלפון: 054-3379110	שם האב: מיכאל
מצב משפחתי: רווק/ה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 14/01/2024 שעה: 20:22

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 14/01/2024

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



אבחנות במיון

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			729.5	PAIN IN LIMB

תלונה עיקרית

היום היה מעורב בתד, מציין כאבים בעמ"ש צווארי/מותני/מרפק שמאל/שוק ימין

מחלה נוכחית

היום היה מעורב בתד, מציין כאבים בעמ"ש צווארי/מותני/מרפק שמאל/שוק ימין.
נבדק ע"י הכירורג ושוחרר.

בדיקה

עמ"ש לכל אורכו - ללא דפורמציה או סימני חבלה ללא רגישות על גבי החוליות, רגישות פרה ספינלית דו"צ, ללא חסר NV בפיזור C5-S1

מרפק שמאל - ללא ממצא חריג בבדיקה פרט לרגישות על גבי האולקרנון

שוק ימין - ללא ממצא חריג בבדיקה פרט לרגישות שרירית.

צילומים - ללא עדות לשבר

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

דופק	לחץ דם
109	114/91

יעוצים

פרטי המבקש: דר' מוהנא מחמוד מ.ר. 172905

תאריך: 20:50 14/01/2024

יעוצים

מחלקה מייעצת : מיון כירורגי
הגדרת הבעיה : לאחר ת.ד.
השאלה ליועץ : בדיקתכם

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בן 30, בריא בדרך כלל, ללא נטילת מדללי דם. לדבריו טרם קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כנוסע, חגור, מנגנון אחורי, ללא סיפור של פתיחת כריות אוויר, ללא ניפוח שמשות. ללא איבוד הכרה, ללא הקאות אך כן בחילות, ללא טשטושי ראייה, ללא כאבי ראש, ללא סחרחורת, ללא איבוד שליטה על הסוגרים. שולל חבלה ישירה לראש, חזה ובטן. זוכר את כל פרטי האירוע. קעת מתלונן על כאבים בשוק רגל ימין, גב וצוואר ויד שמאל. בבדיקתו חיוני ועירני, GCS 15. ראש סימטרי ללא סימני חבלה. אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועת עיניים מלאה ללא הגבלה. בדיקה נוירולוגית גסה תקינה. בית חזה ללא סימני חגורה, ללא סימני חבלה, ללא רגישות במישוש צלעות, כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ. בטן רכה לא רגישה ללא סימני חבלה או חגורה. באישור תורן כירורג בכיר קעת ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה או צורך בהתערבות דחופה. הוסבר למטופל כי ייתכן והכאבים יתגברו בימים הקרובים, הוסבר על דגלים אדומים בגינם עליו לפנות חזרה למיון.	תשובה סופית	14/01/2024 20:51	דר' מוהנא מחמוד מ.ר. 172905	

סיכום ודיון

סטטוס מטופל בשחרור

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל
אנלגטיקה לפי הצורך
חופשת מחלה: 3 ימים.

רפואה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' טקסירו עופר מ.ר. 131727	רופא	14/01/2024 22:22

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



טלפון: 03-6242212

פקס: 03-6242214

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לידה: 22/09/1993	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0543379110	מיקוד: 4465330
כתובת: נלקין 6, כפר סבא	0311410302		

תמצית הביקור מתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34

תאריך הביקור: 16/01/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ARCOXIA 90MG X 14	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים	TAB. ETORICOXIB 90MGX14TAB < 1 OP > [74263] * TAB. ARCOXIA 90MG X 14 < 1 OP > [38663]
ASSIVAL 10MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. ASSIVAL 10MG X 30 < 10 Units > [20757] TAB. DIAZEPAM 10MG X 28 < 10 Units > [94076] TAB. DIAZEPAM 10MG X 28 < 10 Units > [94087]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה	15/01/2024	18/01/2024
אישור	אישור מחלה		

002637437682

מ.ר גורם מפנה



088098



ד"ר קורדבני רואי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6242212

פקס: 03-6242214

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לידה: 22/09/1993	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0543379110	
כתובת: נלקין 6, כפר סבא		מיקוד: 4465330	



0311410302

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 15/01/2024 עד יום: 18/01/2024 סה"כ: 4 ימים.

16/01/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



מ.ר גורם מפנה



088098



קוד הפניה: 359802438

טלפון: 03-6242212

פקס: 03-6242214

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

ד"ר קורדבני רואי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לידה: 22/09/1993	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0543379110	מיקוד: 4465330
כתובת: נלקין 6, כפר סבא	0311410302		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני יומיים היה מעורב בתאונת דרכים במנגנון אחורי

ישב ליד הנהג

נבדק במיון

ללא ממצא חריג

קואב לו גב עליון, כתפיים צוואר

ממצאים: טווח אפסי של הצוואר נוקשות ניכרת בחגורת הכתפיים ושרירי העורף

טווח מלא של הכתפיים

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• PSORIASIS (07/2021)

בעיות ידועות:

• TREMFYA PEN 100MG/ML טיפול לא רציף

תרופות קבועות:

מעשנת: כן

**סיבת ההפניה: לאחר תאונת דרכים
WHIPLASH**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/01/2024 עד תאריך - 14/07/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

16/01/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



מכון דימות:השלום כתובת: יגאל אלון 96 תל אביב-יפו טלפון: 03-7614020

פרטי רופא מפנה:

שם: ד"ר גינזבורג אריאל

מ.ר: 131142

תאריך הבדיקה: 26/01/2023

תאריך הפיענוח: 26/01/2023

שם הנבדק: פרנץ עומרי

ת.ז הנבדק: 311410302

כתובת הנבדק: נלקין 6 כפר סבא 4465330

טלפון הנבדק: 04-9985044 טלפון נייד: 054-3379110

תשובת בדיקת דימות: 23074893

ברך 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

שמאל.

=====

אין עדות לשברים.

בברכה

ד"ר אלכסנדר פוחוביץ

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 27462

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 17/04/2024

מכבי שירותי בריאות

דהאמשה ג'ומאנה

מר גורם מפנה

פיזיותרפיה

פיזיותרפיה



124436

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לדה: 22/09/1993	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0543379110	מיקוד: 4465330
כתובת: נלקין 6, כפר סבא			



0311410302

ציולמים: ללא עדות לשבר.

היום:

כאבים בעיקר בגב ובצוואר - בעיקר בערב אחרי יום עבודה
בנוסף מתלונן על כאב בברך (בעבר היה קרע חלקי במינסקוס), היום
החמרה בכאבים לאחר התאונה.

ללא סימפטומים נוירולוגים פתולוגים.
בצעד ראשון ברגל שמאל כאב ומשתחרר בהימשך.

אחרי 8 מפגשים בפיזיו:

מטרות הושגו במלואן

מקפיד על תרגול אך עדיין יש כאב לסירוגין

כאב שמופיע באופן פתאומי שלא קשור לתנועה ספציפית

יש להמשיך פ"ג

במידה ועדיין מרגיש כאבים יש לקבוע תור למרפאת כאב או רפואה

אולטרנטיבית.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: דהאמשה ג'ומאנה

שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה



דהאמשה ג'ומאנה
מכבי שירותי בריאות
מכון פיזיותרפיה יפו

חתימה

תאריך: 30/07/2024

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

בן יקר אפרים

פיזיותרפיה

מ.ר גורם מפנה



179750

טלפון: 053-3212728

כתובת: יד חרוצים 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 311410302

שם פרטי: עומרי

שם משפחה: פרנץ

טל. עבודה/נייד: 0543379110

049985044

טלפון:

מ.י. ז

22/09/1993

ת.ל.ידה:



מיקוד 4465330

נלקין 6, כפר סבא

כתובת:

0311410302

סיכום טיפול פיזיותרפיה

30/07/2024

תאריך הפקדה:

ד"ר ריבא דניאל

לכבוד דר'

311410302

ת.ז.:

פרנץ עומרי

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ARTHRALGIA •

מטרות:

תאריך יצירה

סטטוס

תאריך יעד

מטרות

23/06/2024

23/08/2024

השתתפות במשחק כדורגל ללא כאבים

23/06/2024

טופל החל מ-

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES

סה"כ 4 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: ברקע - לפני שנה - פגיעה במניסקוס MEDIAL בברך שמאל בזמן משחק כדורגל. טופל לא ניתוחי. מטופל חזר לתפקוד מלא לאחר סדרה של פיזיותרפיה.

מטופל אחרי תאונת דרכים ב-14.01.24 - התנגשות אחורית (רכב הנוסע היה סטטי, הרכב הפוגע נסע במהירות גבוהה). לדברי המטופל - לא איבד הכרה אך התאפשז. עבר סדרה של בדיקות וטופל בפיזיותרפיה לצליפת שוט ולגב. חזר לתפקוד מלא.

תוך כדי הטיפולים חזרו הכאבים בברך.

מתאר חוסר יציבות וקליקים בזמן משחק כדורגל. מרגיש קריסות לעיטים רחוקות בזמן פעילות גופנית.

עבר סידרת טיפולים שכלל חיזוקים, PROPRIOCEPTION, תרגילים דינאמיים, עיסויים.

פיקה מדוקל בע"מ
516364403

חתימה



179750

טלפון: 053-3212728

כתובת: יד חרוצים 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 311410302

שם פרטי: עומרי

שם משפחה: פרנץ

טל. עבודה/נייד: 0543379110

049985044

טלפון:

מין: ז

22/09/1993

ת.לידה:



0311410302

מיקוד 4465330

נלקין 6, כפר סבא

כתובת:

הסדרה נסגרה בעקבות השגת מטרות השיקום. המטופל תפקודי, מצליח לבצע את הADL שלו ללא כאב או הגבלה בתפקוד.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: מכון פיזיותרפיה - פיקה מדיקל בע"מ

שם פיזיותרפיסט: בן יקר אפרים

☒ הפק ללא הדפסה


פיקה מדיקל בע"מ
516364403

חתימה

אולטראסאונד

הנדון: פרנץ, עומרי, ת.ז: 311410302 תאריך לידה: 22/09/1993

ד"ר נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 08/02/2023

סיבת הפניה: - בירור כאבים.

להלן ממצאי סריקת (U.S.): ברך (שמאל)

גיד קוואדריצפס – ב.מ.פ.

MEDIAL AND LATERAL - RETINACULUM - ב.מ.פ.

גיד פטלרי – ב.מ.פ.

*הודגמו סימני עיבוי ואי-סדירות סונוגרפית קלה של ה-ACL - קרע?

LCL - ב.מ.פ.

MCL – ב.מ.פ.

בורסה סופרה-פטלרית – עם נוזל בכמות חריגה.

בורסה פטלרי – אין עדות לנוזל .

PES ANSERINUS - הדגמה תקינה, אין עדות לנוזל סביבו.

אזור פופליטאלי – לא הודגמו שינויים פתולוגיים, אין עדות לציסטה ע"ש בייקר .

לסיכום: - לשקול המשך בירור ע"י בדיקת-MRI - בשאלה של קרע של ה-ACL.

טכנאית: מיכאל קלט

בברכה,
ד"ר לונדון דניאל
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 22926

הוקלד על ידי: איריס ראובן
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב **מכבי** <צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון





מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 391177453

טלפון: 03-6242212

פקס: 03-6242214

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: פרנץ		שם פרטי: עומרי		ת.ז.: 311410302	
ת.לידה: 22/09/1993		מין: ז		טלפון: 049985044		טל.עבודה/צייד: 0543379110	
כתובת: נלקין 6, כפר סבא		מיקוד: 4465330		0311410302			

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34:40
לפני יומיים היה מעורב בתאונת דרכים במנגנון אחורי
ישב ליד הנהג
נבדק במיון
ללא ממצא חריג
קואב לו גב עליון, כתפיים צוואר

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40
עדיין סובל מכאבי צוואר ועורף

ממצאים:

בביקור בתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34:40
טווח אפסי של הצוואר נוקשות ניכרת בחגורת הכתפיים ושרירי העורף
טווח מלא של הכתפיים

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40
טווח צווארי מוגבל ברוטציה לשמאל

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

• PSORIASIS (07/2021)

מעשלת: כן

תרופות קבועות:

• TREMFYA PEN 100MG/ML טיפול לא רציף

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

07/08/2024

חתימה וחותמת

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

דף 1

מכבי שירותי בריאות

ד"ר קורדבני רואי
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואת המשפחה

תאריך: 07/08/2024
מ.ר גורם מפנה
0034391128
088098
קוד הפניה: 391177475



טלפון: 03-6242212
פקס: 03-6242214
כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לדה: 22/09/1993	מ.י.ז: ז	טלפון: 049985044	טל.עבודה/נייד: 0543379110
כתובת: נלקין 6, כפר סבא	מיקוד: 4465330		

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2040	עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי לאחר תאונת דרכים מנגנון צליפת שוט

דחיפות הפענוח:

רגיל

שם המכון:

מכבי בלפור 10 - אה - 8:00-14:30

תלונות:

בביקור בתאריך 10/01/2024 בשעה 13:34:40
לפני יומיים היה מעורב בתאונת דרכים במנגנון אחורי
ישב ליד הנהג
נבדק במיין
ללא ממצא חריג
כואב לו גב עליון, כתפיים צוואר

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40
עדיין סובל מכאבי צוואר ועורף

ממצאים:

בביקור בתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34:40
טווח אפסי של הצוואר נוקשות ניכרת בחגורת הכתפיים ושריר העורף
טווח מלא של הכתפיים

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40
טווח צווארי מוגבל ברוטציה לשמאל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- PSORIASIS (07/2021)

בעיות ידועות:

מעשלת:

ק

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/08/2024 עד תאריך - 03/02/2025

07/08/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדרך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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

תאריך: 07/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



088098

מסמך אושר
דייטלית
מכבי

קוד הפניה: 391177593

טלפון: 03-6242212

פקס: 03-6242214

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו

ד"ר קורדבני רזאי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

שם פרטי: הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: עומרי	ת.ז.: 311410302
ת.לדה: 22/09/1993	מין: ז	טלפון: 049985044	טל.עבודה/נייד: 0543379110
כתובת: נלקין 6, כפר סבא	מיקוד: 4465330		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34:40
לפני יומיים היה מעורב בתאונת דרכים במנגנון אחורי

ישב ליד הנהג

נבדק במיון

ללא ממצא חריג

כואב לו גב עליון, כתפיים צוואר

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40

עדיין סובל מכאבי צוואר ועורף

ממצאים: בביקור בתאריך 16/01/2024 בשעה 13:34:40

טווח אפסי של הצוואר נוקשות ניכרת בחגורת הכתפיים ושרירי העורף

טווח מלא של הכתפיים

בביקור בתאריך 07/08/2024 בשעה 19:11:40

טווח צווארי מוגבל ברוטציה לשמאל

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• PSORIASIS (07/2021)

בעיות ידועות:

טיפול לא רציף TREMFYA PEN 100MG/ML

תרופות קבועות:

מעשלת: כן

סיבת ההפניה: פייזיותרפיה לצוואר whiplash

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/08/2024 עד תאריך - 03/02/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

07/08/2024

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 26 עד 26)



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

עומרי פרנץ - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, עומרי פרנץ, 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 הלל יפה, בחדרה, בבאר שבע ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייבורג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 28 עד 31)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>פרנץ</u> שם משפחה	<u>עומרי</u> שם פרטי	<u>311410302</u> תעודת זהות	<u>שם האב</u>
<u>נלקין</u> רחוב	<u>6</u> מס'	<u>כפר סבא</u> עיר	<u>מיקוד</u>
			<u>טלפון</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 30/07/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עומרי פרנץ,
ת.ז.ח.פ. מס' 311410302, מרחוב נלקין 6, כפר סבא,

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 30 לחודש 07 שנה 2024

X חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ עומרי פרנץ _____ בעל ת.ז. _____ 311410302 _____ התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייבוביץ מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____ 30/7/24
הופיע/ה בפני _____ עומרי פרנץ _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
311410302 ולאחר שהזהרתי/ויה 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 פרייבוביץ עו"ד
חתימת עומרי פרנץ
מ.י. 254