



בית משפט השלום בכפר סבא

26 נובמבר 2024

ת"א 66073-11-24 מצנבר ואח' נ' שומרה
חב' לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 26/11/2024 בשעה (بالساعة) 11:31 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 66073-11-24 מצנבר ואח' נ' שומרה חב' לביטוח בע"מ.

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 : 26.11.24

התובעים :

1. **אחא מצנבר, ת"ז 49028582**
מרחוב התפוצות 44 רמת גן
טלפון : 0508644563
2. **הילה מצנבר, ת"ז 300019023**
מרחוב התפוצות 44 רמת גן
טלפון : 0506794140
3. **אושרי מצנבר, ת"ז 332937549**
ע"י אפוטרופוסייהם הטבעיים אחא והילה מצנבר
4. **ליאור מצנבר, ת"ז 335354957**
ע"י אפוטרופוסייהם הטבעיים אחא והילה מצנבר
5. **יאיר מצנבר, ת"ז 229211842**
ע"י אפוטרופוסייהם הטבעיים אחא והילה מצנבר

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (62254) ו/או
יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 7412358 - 03, פקס : 077-3180983
דוא"ל: Office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעים :

1. **אחא מצנבר, ת"ז 49028582** (נתבע בתביעת התובעים 2 – 5)
2. **שומרה חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 510015951**
מרחוב הסיבים 35, פתח תקווה 4959381
טל : 03-9258099 פקס : 03-9251667
מייל : tviguf@shomera.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 והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

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



(1) בעלי הדין :

1. התובע 1, יליד 2.1.82, אביהם של התובעים 3-5 היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב מס' 71-488-54 (להלן: "הרכב").
2. התובעת 2, ילידת 1.10.86, אימם של התובעים 3-5, היתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
3. התובע 3, יליד 14.1.09, היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו נוסע ברכב.
4. התובע 4, יליד 16.1.11, היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו נוסע ברכב.
5. התובע 5, יליד 2.1.20, היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו נוסע ברכב.
6. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "כנספח 1" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.



(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

7. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.

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

8. בתאריך 22.08.21, בשעה 22:40 או בסמוך לכך, בכביש מס' 38, ליד אשתאול, עת נסעו התובעים ברכב הנושא מ"ר 71-488-54 היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 878-61-901, והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "התאונה").

התובע 1 :

9. לאחר התאונה, נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב וכאבי ראש, פנה התובע לקבלת טיפול במרכז לרפואה דחופה - טר"ם (בני ברק), שם נבדק והופנה לביצוע בדיקות דימות, בבדיקה קלינית נמצאו כאבים והגבלה בעמוד שדרה צווארי, כאבים וקושי בהנעת הראש והכתפיים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה ונטילת משככי כאבים.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים והגבלה ניכרת בתנועות הצוואר והגב, כולל הקרנת כאב ליד שמאל, פנה להמשך טיפול רפואי

בקהילה והוחלט להפנותו לצילום דימות נוסף, המשך טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

11. התובע החל בסדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות צוואר וכתף שמאל עם הגבלה בתפקוד והוא הופנה להמשך טיפול.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומן "כנספח 2" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר וכתף שמאל, מכאבי ראש, סחרחורות, קושי בריכוז, מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע, שוטר מבצעי במשטרת ישראל, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, כשירותו נפגעה, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים לו הפסדי שכר גם בעתיד.

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

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

התובעת 2:

16. לאחר התאונה פנתה התובעת לקבלת טיפול במרכז לרפואה דחופה-טר"ם (בני ברק), עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, שם נבדקה ועברה בדיקות דימות, בבדיקה קלינית נמצאו כאבים והגבלה בעמוד שדרה צווארי, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה ונטילת משככי כאבים.

17. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כולל הקרנת כאב לזרוע שמאל, פנתה להמשך טיפול רפואי בקהילה והוחלט להפנותו לצילום דימות נוסף, טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

18. בעקבות ההחמרה בכאבי הראש, סחרחורות, בחילות, כאבי גב וצוואר, כולל הקרנה ליד ולרגל שמאל, כמו גם חרדות והפרעות שינה פנתה לקבלת טיפול נוירולוגי והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי וטיפול סימפטומטי.

19. התובע נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי עם הקרנת הכאבים לזרוע שמאל והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה נוספים והמשך מעקב וטיפול.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומן "כנספח 3" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.



20. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לזרוע שמאל, קושי בהרמה נשיאה ואחיזה, מקושי בכיפוף, קושי בהטיה, קושי בצידוד, קושי בהרמה ובנשיאה קושי בריכוז, כאבי ראש, מכאבים עזים והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
21. התובעת, אשת חינוך בבית ספר, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתה, נזקקה להפוגות ממושכות בעבודה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים להגרם גם בעתיד.
22. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
23. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

התובע 3:

24. לאחר התאונה נבדק התובע 3, בליווי הוריו, התובעים 1 - 2, במרכז לרפואה דחופה- טר"ם (בני ברק), לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי והשגחה במידת הצורך.

רצ"ב סיכום ביקור מטר"ם, מסומן "כנספח 4" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

התובע 4:

25. לאחר התאונה נבדק התובע 4, בליווי הוריו, התובעים 1-2, במרכז לרפואה דחופה- טר"ם (בני ברק), לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי והשגחה במידת הצורך.

רצ"ב סיכום ביקור מטר"ם, מסומן "כנספח 5" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

התובע 5:

26. לאחר התאונה נבדק התובע 5, בליווי הוריו, התובעים 1-2, במרכז לרפואה דחופה- טר"ם (בני ברק), לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי והשגחה במידת הצורך.

רצ"ב סיכום ביקור מטר"ם, מסומנות "כנספח 6" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.



(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

28. להלן פירוט נזקי התובעים:

א. נזק מיוחד – התובע 1:

- (1) הפסדי השתכרות לתובע 1 בעבר – ₪ 55,000
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 15,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 12,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 8,000

ב. נזק מיוחד – התובעת 2:

- (5) הפסדי השתכרות לתובעת 2 בעבר – ₪ 110,000
- (6) עזרת הזולת בעבר – ₪ 30,000
- (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 12,000
- (8) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 25,000

נזק כללי – התובעים 1-2:

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של התובעים 1-2, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד לתובעים.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד לתובעים.

(4) שימוש מוגבר במוניות בעתיד לתובעים.

(5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים.

1. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

2. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

3. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדיון, ולחייבה לפצות את התובעים, 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
אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות - אישור משטרה ותעודת חובה (עמודים 8 עד 14)	8
נספח 2: תעודות רפואיות התובע 1 (עמודים 16 עד 22)	16
נספח 3: התובעת - תעודות רפואיות 2 (עמודים 24 עד 32)	24
נספח 4: התובע 3 תעודות רפואיות (עמודים 34 עד 36)	34
נספח 5: התובע 4 תעודות רפואיות (עמודים 38 עד 39)	38
נספח 6: התובע 5 תעודות רפואיות (עמודים 41 עד 42)	41
נספח 7: בקשה למינוי מומחים - התובע 1 (עמודים 44 עד 44)	44
נספח 8: בקשה למינוי מומחים התובעת 2 (עמודים 46 עד 46)	46
נספח 9: התובע 1 יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 48 עד 51)	48
נספח 10: התובעת 2 יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 53 עד 55)	53
נספח 11: התובעים 3 5 - יפוי כח ווסר (עמודים 57 עד 60)	57



נספח 1 :

חבות - אישור משטרה ותעודת חובה

(עמודים 8 עד 14)



בהתאם לתקנות
התעבורה וכן
חובה למצא
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודת
מזהה רשמית
ומסמכים מסויים,
כגון ביטוח
התנזרות רכבאות
וכל מסמך אחר
המחויב על-ידי חוק

לרשותך חזון
דרכים לתשלום
ואגרה, במכונית
גג המוסס
מיד לאחר
התשלום ניתן
לשבת לביצוע
סבון כספית
ותמעה (סמס)
ואין צורך
להמתין לקבלת
רישיון חשולים



המחיר: 100 ₪

7148854

מצנבר היללה

52254 11 מת

44 תתפ"ד 737

10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044

17/08/21

23/02/15

JMZKEC978-Z0263608

05319 2007

02/2015

מועד עליה לכביש

בן מנחם

3

PE
PE20541140

1998

1942

225/65R17 102 V

225/65R17 102 V

1970

רשימת אבזור בסיחותי 0
147,535 11/04/2021 ק"מ
רשימת אבזור בסיחותי 0

מי

דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום

FD-302 (Rev. 1-25-60)

KEC97

20

מזדה יפו

EXECUTIVE

CX5

00588-0039

14-0063

כז

61

10 155.00

11/04/21	ת.מכחו	1552.00	סך	11/04/21	ת.תשלום
----------	--------	---------	----	----------	---------

רשומון יבוא 431200492

כפל

0.01 שח פטור

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק מלא 298645/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ג
תאריך 17/07/2024, י"א תמוז תשפ"ד, 17:34

יחידה אותן מחוז ירושלים
כתובת ירושלים
סלפון
פקס

לכל המעוניין

תאריך התאונה 22/08/2022 בשעה 22:40

מקום התאונה

אשתאול בכביש עירוני

הערות מקום

כביש 38 ליד אשתאול

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

8305109

סוג רכב

פרטי נוסעים 5 דלתות

תוצר רכב

מזדה יפן

חברת ביטוח

שומרה

מספר פוליסה

739137977520

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	49028582	מצנבר אחא	02/01/1982	רמת גן, דרך התפוצות 44	ט.ר.מ.	קלה
נוסע	300019023	מצנבר הילה	01/10/1986	רמת גן, דרך התפוצות 44	ט.ר.מ.	קלה
נוסע	332937549	מצנבר אושרי	14/01/2009	רמת גן, דרך התפוצות 44	ט.ר.מ.	קלה
נוסע	335354957	מצנבר ליאור	16/01/2011	רמת גן, דרך התפוצות 44	ט.ר.מ.	קלה
נוסע	229211842	מצנבר יאיר	02/01/2020	רמת גן, דרך התפוצות 44	ט.ר.מ.	קלה



החלקי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
5	בחקירה	17/07/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1928415	גיל-עדי	עמוס

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1928415	עמוס	גיל-עדי	רסמ	גמלאי חוקר

עמוס

מקום שרות

חתימה
17/07/2024 17:34

תחנת בני ברק דן



משרת ישראל
17-07-2024
תחנת בני ברק

תאריך הרישום ביומן: _____
 מספר הרישום ביומן: _____
 שם היחידה: _____

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

שם פרטי	שם משפחה	שם האב	תאריך לידה	מסלול יד
א.א.	מ.נ.ר.	י.מ.י.	02/01/1982	א.א.
מיקוד	טלפון	מקום עבודה	מס' טלפון	מס' פלאפון
522645	0508644563	מ.א.ה.		
סוג רישיון נהיגה	בתוקף עד	תאריך הוצאת הרישיון		
B + A1	02/01/2028	2007		
סוג	תוצר/דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
	5CX		23/02/2021	22/02/2022
מס' הרכב	מס' פוליסה	תאריך תשלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך
71-488-54	739137977520	04/08/2021	09/08/2021	31/08/2021
חברת הביטוח				
עו"מ.ה.				

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה	תאריך שחרור (לחילים בלבד)

2. תיאור התאונה

בתאריך 22/08/2022 בשעה 22:40 במקום כביש 38 ליד א.א.מ.ד.
 תיאור המקרה: כביש וסעי קריב ע"י הנהג יוסי ואלוק יאיר נהגו כולם
 האביב כולנו עברק כביש סגור ונצטתי גם אני וסמית גיתן ככל נאמר
 ע"פ אדם ויאל קינר ע"י נאמר

3. נפגעי גוף (פצועים)

א.א.מ.ד. 049028582, התכווץ 44 ית' אן, זכר, א"נ
 א.א.מ.ד. 300019023, התכווץ 44 ית' אן, זכר, א"נ

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	פינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
א.א.מ.ד.	332937549	התכווץ 44 ית' אן	א.א.מ.ד.	א"נ
א.א.מ.ד.	335354957	התכווץ 44 ית' אן	א.א.מ.ד.	א"נ
א.א.מ.ד.	220211842	התכווץ 44 ית' אן	א.א.מ.ד.	א"נ

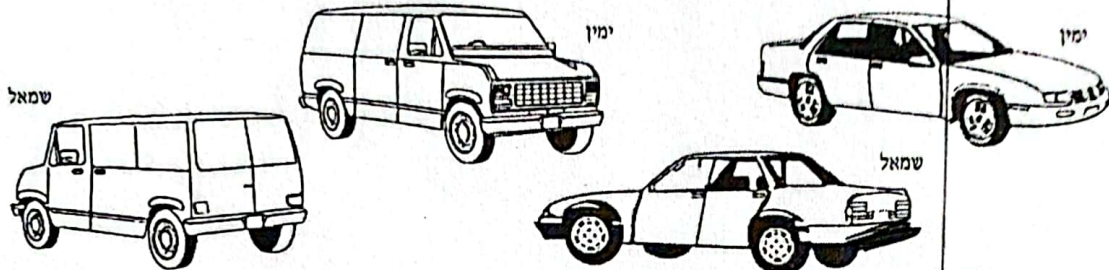
4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
71-488-54	כ"מ	א.א.מ.ד. 049028582	התכווץ 44 ית' אן	0508644663		11030291001
878-61-9012	כ"מ	א.א.מ.ד. 303174841	סניט 74 סניט			11030291001

5. תיאור הנזק

- רכב א' *מכר*
- רכב ב' *מכר*
- לרכוש אחר (קיר, עמוד חשמל, עמוד טלפון, עץ וכו') *מכר*

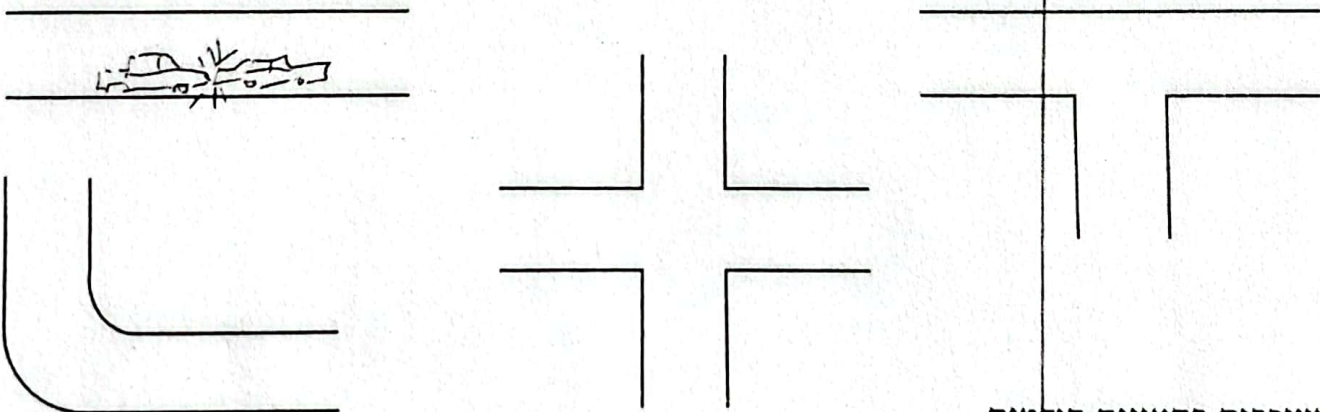
סמן את מקום/מקומות הפגיעה ברכב צד ג' ע"י א (בחר רכב מתאים)



6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	מלאפון

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרורים)



8. מעורבות בתאונות קודמות

- בשנת _____ בחודש _____ המקום _____
- בשנת _____ בחודש _____ המקום _____

[Signature]
חתימת המודיע

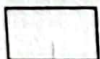
17/07/2024
תאריך ההודעה

חתימה *אריס* יחידה *3* שם פרטי ושם משפחה *אריס-ל-36*

9. פרטי השוטר

מס' אישי *1121415* דרגה *ר"ט*

סיבת הסגירה
(סמן על-פי המופיע מימין)



10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן X)

הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים ☐ ¹⁰
נימוקי ההחלטה:
חוסר עניין לציבור ☐ ³

פרטי המוסמך לגניזה

חתימה תפקיד שם פרטי ושם משפחה דרגה מס' אישי

STATE OF NEW YORK
IN SENATE
JANUARY 11, 1906.
REPORT
OF THE
COMMISSIONERS OF THE LAND OFFICE.
ALBANY: J. B. LIPPINCOTT & CO., PRINTERS.
1906.

1. 2017年10月

1990

ACHA

302153

4a 29 12 2017

44-02-01-2028

44-3305-109

ID 049028582

2528






























741000 17 4000 17 4000 17 4000

60
61
62
63

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

התאגדות הביטוחים בישראל (התאגדות הביטוחים בישראל) היא חברה בע"מ, המהווה חברה בבעלות ממשלת ישראל, אשר מטרתה להבטיח את ביטוחי הרכב בישראל. התאגדות הביטוחים בישראל היא חברה בע"מ, המהווה חברה בבעלות ממשלת ישראל, אשר מטרתה להבטיח את ביטוחי הרכב בישראל.

התאגדות הביטוחים בישראל (התאגדות הביטוחים בישראל) היא חברה בע"מ, המהווה חברה בבעלות ממשלת ישראל, אשר מטרתה להבטיח את ביטוחי הרכב בישראל.

התאגדות הביטוחים בישראל (התאגדות הביטוחים בישראל) היא חברה בע"מ, המהווה חברה בבעלות ממשלת ישראל, אשר מטרתה להבטיח את ביטוחי הרכב בישראל.

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

עו"ת
לחברות

שם (לפי הסידור השונה שאיננו מלאה)
וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה
להקטין את הביטוחים שישולחו לגור
הפוליסה או להקטין למעשה זכות לביטוחים
במסגרת הפוליסה. במסגרת ביטוחי הרכב, הפוליסה

מס' תעודת ביטוח: 739137977520
תעודת ביטוח
מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520
מס' תעודת ביטוח: 739137977520

קוד אירוע: 37: כ.א.
מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

מס' תעודת ביטוח: 739137977520

נספח 2 :

תעודות רפואיות התובע 1

(עמודים 16 עד 22)



טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520
פקס: 0722740627

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

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 333975	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 935079	תאריך ביקור Date: 15:21 23/08/2021
---	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	--

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בدير	שם: Name: אחא מצנבר תז: ID: 049028582	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
--	--	--

סיכום הביקור:

Diagnosis	אבחנה
MVA	

Pulse: 83, TempC: 36.7 PO, O2sat: 100, BP: 128/82 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 39 years 7 months

Injury/Pain Exam:

LEFT SHOULDER : Direct blow to shoulder, No fall, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started within 1 hr from Trauma, Full ROM of shoulder, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral joint NOT tender, Acromioclavicular joint NOT tender, No Sensitivity anywhere, 

RIGHT SHOULDER : Direct blow to shoulder, No fall, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started in < 1 hr, Full ROM of shoulder, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral joint NOT tender, Acromioclavicular joint NOT tender, No Sensitivity anywhere.

SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-C-Spine pain, Has Midline C-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בן 39 בריא

יום טרם קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס ברכבו מאחר בזמן נסיעה בפקק. הייה חגור. כריות אייר לא נפתחו כעת פנה בשל כאבים בע"ש ובראש אספקט אחורי מציין סחרחורות מאז התאונה

בדיקה גופנית:

במצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים

קולות לב סדירים ללא אוושות

ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים

בטן רכה לא רגישה, ללא סימני גירוי צפקי

בדיקה נוירולוגית- GCS 15, מתמצאת 3*, דיבור תקין, עצבים קרניאלים תקינים, תפקודי מוחון תקינים, ללא חסר מוטורי או סינסורי.

ע"ש רגישות מעל ע"ש צווארי ופרהספינאלית דוצ עם הגבלה בתנועות הראש לכל הכיוונים
תפיים רגישות באספקט האחורי של הכתפיים דו"צ עם הגבלה בינונית בתנועות הכתף ... JOBE חיובי

CORONA : No cough, Did NOT have Corona, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, was NOT vaccinated twice, Did Not Travel in the last 14 days, Vaccination NOT in the past Month, NO contact known positive, No fever over 38, No SOB

===

מהלך ודיון:

בצילומים-אין לראות שבר ברור

המלצות בשחרור

משככי כאבים לפי המרשם

מעקב רופא אורטופד דרך הקופה
יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

צילומים שבוצעו:

<<< כתף שמאל >>>

<<< כונף ימין >>>

<<< עמוד שדרה גבי >>>

<<< עמוד שדרה צווארי + דגס >>>

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדילוג ב- www.teremi.com
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Prescriptions

Diclofenac Sodium (VOLTAREN, ABITREN, BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO, 1 (One) tablet, 1 (One) TIMES PER DAY
FOR 5 (Five) DAYS ; #.5 (Five) tablet

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.
יש ליטול את משככי הכאבים לפי המרשם המצורף.
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.
יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידים או ברגליים



מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מוחמד בדיר מ.ר. 158592

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

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

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

Terem Ichilov – Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax:072-2740627



טל'פון - איילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
51328 בני ברק 160, 0722740627 פקס: 1599-520520

חדר	קופ"ח כללית	שם	FR	%SaO2	חום
	רפא מפנה/הקבו	אחא מצנבר		100%	36.7 PO
		תו 049028582			
		גיל 39 שנים 7 חדשים			
		רמת גן			
	תאונת דרכים	טל' בית 0506794140			
		נייד 0508644563			
			B/P	לח"ד	דופק
			128/82		83 דיר

IC 620642 23/10/17 Sprain, XR
IC 590181 14/07/17 Laceration -
Bandage, מסמר

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

15:25:36

הזמנות זימון

Allergies: NONE

אין צורך טיפול נגד כאב/תסמינים מסוכנים
אחרת

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מוצין / טוב / יציב / חמור

רביעות ומעקב בקופ"ח

לביד חולים

פני באמבולנס

הופנת לחממה

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אין צורך שמשפרי הטלפון ואי-מייל
להפריח פעילים, ודרכה ניתן ליצור איתו
קשר לצורך מטרות רפואיות ומהקר (אך
לכתי' לסרב) ושהרופא המפסל שצוין
לעיל אכן הפסיק בקופה

התימת חולה:



935079

ד"ר מוחמד בדיד
מ.ה. 1-158592

חתימת וחוממת רופא

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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

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

תאריך 14/09/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
00-04902858-2	39.08	ז	02/01/1982	יצחק	מחנבר אחא
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רמת גן	דרך התפוצות	44	50	8644563	3 - 5748810
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה 22/08/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/09/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 39 מתלונן כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל

בדיקה גופנית: כאבים גב עליון ללא דלקת ללא בצקת ללא שטף דם הגבלה תפקודי חלק כיפוף יישור סיבוב צווארי SS, תפוס

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA

דיון/תוכנית טיפולית: צילומים א.ס. ביקור חדש

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	78184-צילום עמוד שדרה צווא	H4		הודפס
טופס הפניה כללי	56015-אלקטרומיוגרפיה יד E)	H4		הודפס

תרופות בביקור

P	m	עד	n	ק	n	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	PD		0	ר	N	יחידה	30	30	D	1	טבליות	TAB	1	BACLOFEN 10MG TAB 10MG
1	PD		0	ר	N	יחידה	30	30	D	1	כמוסות	CAP	1	CELECOXIB 200MG CAP 200MG

תאונה	נרץ	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BACLOFEN 10MG TAB 10MG
					CELECOXIB 200MG CAP 200MG

התראת תרופות:

בברכה,

סיכום ביקור
מחנבר אחא
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
14/09/2021
00-04902858-2
הודפס ע"י ד"ר מרחי דניאל פריימן

העתק 20/02/2023

ד"ר סרחיו דניאל פריימן 36481 העתק הודפס ע"י אורית עמר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

14/09/2021

00-04902858-2 הודפס ע"י ד"ר סרחיו דניאל פריימן

מצנבר אחא

תאריך: 12/02/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר אחא	מס זהות:	00049028582	גיל:	41.01	מין:	ז
ת.לידה:	02/01/1982	ישו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 8644563					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/08/2021

מספר הפניה: 35223005014

גורם שולח



5223

מספר הפניה



035223005014

תז נבדק



49028582

רשיון רופא



136043

לכבוד: פיזיותרפיה

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 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/08/2021:

ב 22.08 2021 ב שעה 22.40 משפחה עם ילדים באוטו קיבלה מכה מאוטו אחורי ו אחא קיבל מכה צוואר רואש עייש צווארי בתפיים גבי

12/02/2023

ביקור מינהלי

בקשת אל תור להפניה לפיזיותרפיה לפי חידוש הפניה קודמת מה 8/2021

גובה 167 09/05/2022 משקל 84 09/05/2022 bmi 30.12

לחץ דם 126 / 89 12/10/2022

דופק 74 12/10/2022

סימנים חיוניים:

09/05/2022 מתאריך 95.81 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2003		DEVIATED NASAL SEPTUM
01/09/2003		SMR
01/08/2002		RHINITIS ALLERGIC
01/12/2004		ASTHMA
29/10/2017		TRAUMA FINGER 3-4 -5 LEG LEFT
29/10/2017		INJURIES
31/10/2017		PAIN FOOT
23/10/2017		TRAUMA FINGER 345 LEFT LEG
12/10/2018		DIVERTICULITIS OF SMALL BOWEL
14/07/2019		BMI >30
07/02/2021		COVID-19 coronavirus home care
15/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
22/08/2021		PAIN HEAD
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
22/08/2021		PAIN BACK

תרופות קבועות

7 ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

12/02/2023

הודפס ע"י ד"ר מיכל שולמן בר-נר

00049028582

מצנבר אחא

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BEPANTHEN EYE COL 10ML CF	1	טיפות	2	ביום
RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG	1	שאיפות	1	ביום
SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg	1	שאיפות	2	ביום
VENTOLIN CFC FREE INH 0.1MG/INH	1	שאיפות	1	ביום

136043

ד"ר מיכל שולמן בר-נר

חתימה וחוקת הרופא

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

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

12/02/2023

הודפס ע"י ד"ר מיכל שולמן בר-נר

00049028582

מצנבר אחא

נספח 3 :

התובעת 2-תעודות רפואיות

(עמודים 24 עד 32)



טר"מ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 520520-1599
פקס: 0722740627

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

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 378937	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס': 935080	תאריך ביקור Date 15:23 23/08/2021
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	---

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בדיר	שם: Name: הילה מצנבר ID: 300019023	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה כללית
--	---------------------------------------	---

סיכום הביקור:

Diagnosis MVA Pulse: 80, TempC: 36.8 PO, O2sat: 99, BP: 117/77 (other vitals may be on scanned chart) Age: 34 years 10 months Injury/Pain Exam: SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is moderate, Has Para-C-Spine pain, Has Midline C-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence היסטוריה / אנמנזה רפואית: בת 34 בריאה יום טרם קבלתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים רכב נכנס ברכבם מאחור בזמן נסיעה בפקק. נסעה במושב ליד הנהג. הייתה חגורה. כריות אוויר לא נפתחו מצינת סחרחורות מאז התאונה בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים קולות לב סדירים ללא אוושות ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים בטן רכה לא רגישה, ללא סימני גירוי צפקי DVT בדיקה נוירולוגית- GCS 15, מתמצאת 3*, דיבור תקין, עצבים קרניאלים תקינים, תפקודי מוחון תקינים, ללא חסר מוטורי או סינסורי. ע"ש צווארי- רגישות קלה נקודתית מעל ע"ש עם רגישות פרהספינאלית משמאל הגבלה בתנועות הראש לכל הכיוונים CORONA : No cough, Did NOT have Corona, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, was NOT vaccinated twice, Did Not Travel in the last 14 days, Vaccination NOT in the past Month, NO contact known positive, No fever over 38, No SOB מהלך ודין ע"ש צווארי- אין לראות שבר ברור המלצות בשחרור משכני כאבים לפי המרשם פיזיותראפיה מעקב רופא אורטופד דרך הקופה יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) Tests done (results scanned on actual chart)	אבחנה ↑
--	-----------------------

Terem Ichilov - Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax: 072-2740627



טל'פון - איינצלייב רופאה דחופה בקהילה בע"מ
הגנת הבריאות, בני ברק 51328
0722740627 פקס: 1599-520520

378937	#תיק	935080	#ביקור	23/08/2021	תאריך	15:23	שעה
חדר	קופ"ח כללית רופא מוסדות הקבוע	הילה מצנבר		שם	RR	%SaO2	T/מס
		תז 300019023 מין נ גיל 34 שנים 10 חדשים				99%	36.8 PO
	תאונת דרכים	כתובת: דרך התפוצות 44 רמת גן			B/P לח"ד	P/סק	
		טל' בית 0508644563 נייד 0506794140			117/77	80 סדיר	

IC 732125 16/12/18 Inhalation of
fumes/gas/economica
IC 688853 06/07/18 Back pain
IC 688033 03/07/18 Back pain

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

15:27:29
הזמן: נסים זידאן
Allergies: NONE
מחזורי אחרון או לידה - פחות מ-4
שבועות
לא ניתן טיפול נגד כאב/חם מסיבה
אחרת
No xrays ordered
No tests ordered
No treatments ordered



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

הביתה ומעקב בקופ"ח ☐

לביית חולים ☐

פנוי באמבולנס ☐

הופנה לרפומה ☐

ד"ר מוחמד בדיר
מ.ה. 158592

חתימת וחותמת רופא

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין
ני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מיל
מסמך פלילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
שר לצורך מטרות רפואיות ומהקר (אך
כחתי לטוב) ושהרופא המטפל שצוין
על אכן רופא בקופה



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

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

14/09/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-30001902-3	34.11	נ	01/10/1986	דני
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
רמת גן	44	50	6794140	50	-6794140
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

22/08/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

14/09/2021 תאריך הביקור:

22/08/2021 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: נ 34 מתלוננת כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל אחרי תאונה

בדיקה גופנית: כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל
דלקת ללא בצקת ללא שטף דם
הגבלה תפקודי חלק כיפוף יישור סיבוב צווארי
שרירים חלשים תפוסים

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7220	V	CERVICAL DISC DISPLACEMENT

דיון/תוכנית טיפולית: צילומים EMG ביקור חדש

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	78184-צילום עמוד שדרה צווא	H4		הודפס
טופס הפניה כללי	56015-אלקטרומוגרפיה יד E)	H4		הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	n	q	n	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
	1	PD	0	r	N	יחידה	21	7	D	3	טבליות	TAB	1	MUSCOL TAB CF

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					MUSCOL TAB CF

התראת תרופות:

בברכה,

36481

ד"ר סרחיו דניאל פריימן

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

14/09/2021 00-30001902-3 הודפס ע"י ד"ר סרחיו דניאל פריימן

מצנבר הילה

תאריך 08/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	01/10/1986	דני
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רמת גן	דרכ התפוצות	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
50	50	44	6794140	6794140	6794140

תאריך תאונה 22/08/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 22/08/2021

תלונות/סיבת הפניה: בת 35

רקע - אנמיה
רגישות יתר תרופות - לא ידוע
תלונות
ב- 22.08.2021 נפגעה בתאונת דרכים
רכב פגע ברכבה מאחור
ללא אובדן הכרה
הנבדקה בטרם
מאז התאונה מתלוננת על
כאב ראש
סחרחורת עם בחילה
כאב צוואר נעם הקרנה לי שמאל
כאב גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
בנו, חרדת מפני ניעות, הפרעת שינה
נבדקה ע"י אורתופד
הומלץ על פייתרפיה טרם הותחל

בדיקה גופנית: פונדס תקין, תנועות עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סימטריות, תחושה בפנים תקינה
רגישות בצוואר, הגבלה מינמלי בתנועות ראש
כוח גס שמור, החזרים שווים, לא החזרים תולגיים, תחושה תקינה, תפקודי מוחון תקינים, הליכה תקנה

קוד	אפיפון	אבחנה
E813		ROAD ACCIDENT
8470		WHIPLASH INJURY
7840		HEADACHE
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/11/2021

00-30001902-3 הודפס ע"י ד"ר יורי גסקין

סיכום ביקור

מצנבר הילה

דיון/תוכנית טיפולית:

כחודשיים וחצי נפגעה בתאונת דכים עם מנגנון של צליפת שוט
סובלת מכאב ראש, סחרחורת, כאב צווארי, כאב גב תחתון
במעקב אורתופדי
נוטת משככי כאב
פיזיותרפיה טרם החלה
מומלץ
המשך מעקב פיזיותרפי
מעקב אורתופדי
טיפול סימפטומטי.

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ד"ר יורי גסקין

22246

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

08/11/2021

00-30001902-3 הודפס ע"י ד"ר יורי גסקין

מצנבר הילה

תאריך 23/01/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	דני
00-30001902-3	35.04	מין	01/10/1986	שם האב	
רמת גן	דרך התפוצות	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/01/2022

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/09/2021: נ 34 מתלוננת כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל אחרי תאונה 23/01/2022: כאב גב קורן לרגל שמאל שבוע ללא הפרעת סוגרים לא מעיר משינה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 14/09/2021: כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל דלקת ללא בצקת ללא שטף דם הגבלה תפקודי חלק כיפוף יישור סיבוב צווארי שרירים חלשים תפוסים 23/01/2022: רגישות ע"ש מתני ללא חסר ניירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40 רגישות טרוכנטר גדול שמאל

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7220	I/	CERVICAL DISC DISPLACEMENT
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/09/2021: צילומים EMG ביקור חדש ההפניות שהופקו ב 14/09/2021: טופס הפניה כללי - 78184-צילום עמוד שדרה צווא , טופס הפניה כללי - 56015-אלקטרומיוגרפיה יד (E) 23/01/2022

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

סיכום ביקור
מחבר הילה
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
23/01/2022
00-30001902-3 הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

תרופות בביקור

מ	ק	ח	נ	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W		0	N	28	28	D	טבליות	TAB	1	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

התראת תרופות:

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
אישור מחלה	11	23/01/2022	31/01/2022	הודפס

בברכה,

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

23/01/2022

00-30001902-3 הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

מצנבר הילה

תאריך: 14/08/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	35.10	מין:	נ
תלידה:	01/10/1986	שוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	50-6794140	
מס בית:	44	טלפון:	50-6794140					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/08/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/08/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 22/08/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 14/09/2021 בת 34 מתלוננת כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל אחרי תאונה
14/08/2022

מלינה על כאבים בגב עם הקרנה ליד שמאל
טיפול ב NSAIDS ללא שיפור משמעותי,
ללא מחלות רקע משמעותיות
לא קיימת רגישות לתרופות

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 14/09/2021
כאבים גב עליון עם הקרנות יד שמאל
דלקת ללא בצקת ללא שטף דם
הגבלה תפקודי חלק כיפוף ימין סיבוב צווארי
שרירים חלשים תפוסים
14/08/2022

תנועות ע"ש צווארי מעט מוגבלות עם כאבים בסוף תנועה
רוטציות מעט מוגבלות
אין חסר נירוסקולרי דיסטלי; בגפיים תחתונות או עליונות;
תנועות ע"ש גבי טובות

קוד	אפיזון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7220	U	CERVICAL DISC DISPLACEMENT

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

תרופות

P	ק	נ	OP	סה"כ משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	1	N	יחידה	20	1	טבליות	TAB	1	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

בברכה,

36093

ד"ר אייל הלר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

סיכום ביקור

14/08/2022

הודפס ע"י ד"ר אייל הלר 00300019023

מצנבר הילה

תאריך: 19/02/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	36.04	מין:	נ
ת.לדה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	50 - 6794140	
מס בית:	44	טלפון:	50 - 6794140					

35223005181

מספר הפניה:

גורם שולח



5223

מספר הפניה



035223005181

תז נבדק



0300019023

רשיון רופא



136043

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בקשת אל תור להפניה לפיזיותרפיה-המשך טיפול

סימנים חיוניים: גובה 162 01/11/2018 משקל 69 01/11/2018 bmi 26.29
 לחץ דם 136 / 84 31/12/2019
 דופק 93 31/12/2019

22/04/2021 מתאריך 126.18 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

136043

ד"ר מיכל שולמן בר-נר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7.ה.ר

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

19/02/2023

הודפס ע"י ד"ר מיכל שולמן בר-נר

00300019023

מצנבר הילה

נספח 4 :

התובע 3 תעודות רפואיות

(עמודים 34 עד 36)



טרם - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520
פקס: 0722740627

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

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 485309	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 935084	תאריך ביקור Visit Date: 15:35 23/08/2021
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	---

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בدير	שם: Name: אושרי מצנבר תז: ID: 332937549	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
--	--	--

סיכום הביקור:

Diagnosis	אבחנה
-----------	-------

MVA

Pulse: 100, TempC: 37 PO, O2sat: 100, BP: 112/52 (other vitals may be on scanned chart) , Repeat Pulse was: 99

Age: 12 years 7 months

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן 12 בריא

יום טרם קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס ברכבם מאחור. נסע במושב האחורי. היה חגור
נעת אינו מתלונת על כאבים כלל

בדיקה גופנית:
חינוי ועריני, ללא אפסיות, ללא סימני דהדרציה. ללא סימני גירוי מנינגאלי
נינוח נשמתית יציב המודנמית
קולות לב סדירים
כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא סג"צ
אוזניים- ללא אודם, תופיות במראה תקין
פה ולוע- ללא אודם, נפחות או תפליטים, ריריות רטובות, לשון צבע תקין, ללא פצעים
עור- ללא כח"צ או פריחה, טורגור שמור, מילוי קפלרי תקין
עיניים לחמיות שקטות
לא נומשו בלוטות לימפה מוגדלים
ללא סימני קוואזאקי

CORONA : No cough, Did NOT have Corona, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, was NOT vaccinated twice, Did Not Travel in the last 14 days, Vaccination NOT in the past Month, NO contact known positive, No fever over 38, No SOB

מהלך ודיון:
משתחרר לביתו במצב כללי טוב להמשך מעקב רופא מטפל
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Special instructions and recommendations on discharge

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.
יש ליטול את משכני הכאבים לפי המרשם המצורף.
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.

https://www.teremilc.com/visits/discharge_s.aspx?3txkTGFrzRYd5jYlyxo8FxWBdUUJavVD+bofG5REfDo9wpzNcVLxsHNxGx0MZ+W

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידים או ברגליים

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מוחמד בדיר מ.ר. 158592

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

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

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



Terem Ichilov - Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax: 072-2740627



מחלקת טיפול רפואה דחופה בקהילה בע"מ
51328 בני ברק 160
0722740627 פקס: 1599-520520

15:35 תאריך: 23/08/2021 #ביקור: 935084 #תיק: 485309

חדר	קופ"ח כל"ית רופא מסנה/רובע	שם: אושרי מצנבר	RR	%SaO2	T/חום
		תז: 332937549 מ"ז גיל 12 שנים 7 חודשים		100%	37 PO
תאונת דרכים	כתובת: התפסות 44 רמת גן	טל בית: 0506794140	B/P לח"ד	דופק/P	
			112/52	100 סדיר	
			WT 35 ka		

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

15:41:24

הוזמן: נסים זידאן

Allergies: NONE

לא ניתן טיפול נגד כאב/חם מסיבה אחרת

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור: מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / הרמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לביט חולים

פנוי באמבולנס

הופנה לרופמה

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אם נאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמיסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופא בקופה

חתימת חולה:

חתימת וחותמת רופא



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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

נספח 5 :

התובע 4 תעודות רפואיות

(עמודים 38 עד 39)



8/23/2021

רשות מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centersטרם
TEREMטר"מ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 1599-520520 51328
פקס: 0722740627צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 163024	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 935086	תאריך ביקור Visit Date: 15:37 23/08/2021
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	---

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בدير	שם: Name: ליאור מצנבר תז: ID: 335354957	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
--	--	--

סיכום הביקור:

Diagnosis

MVA

Pulse: 70, TempC: 36.9 PO, O2sat: 100 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 10 years 7 months

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן 10 שנים וחצי בריא עד כהיום טרם קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס ברכבם מאחור. נסע במושב האחורי. היה חגור
בעת אינו מתלונת על כאבים כלל

בדיקה גופנית:
חיוני ועריני, ללא אפסיות, ללא סימני דהדרציה. ללא סימני גירוי מנינגאלי
נינוח נשמתית יציב המודנמית
קולות לב סדירים
כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא סג"צ
אוזניים- ללא אודם, תופיות במראה תקין
פה ולוע- ללא אודם, נפיחות או תפליטים, ריריות רטובות, לשון צבע תקין, ללא פצעים
עור- ללא כח"צ או פריחה, טורגור שמור, מילוי קפלרי תקין
עיניים לחמיות שקטות
לא נחשו בלוטות לימפה מוגדלים
ללא סימני קוואזאקי

CORONA : No cough, Did NOT have Corona, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, was NOT vaccinated
twice, Did Not Travel in the last 14 days, Vaccination NOT in the past Month, NO contact known positive, No fever over 38,
No SOB

מהלך ודיון:
משתחרר לביתו במצב כללי טוב להמשך מעקב רופא מטפל
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

Special instructions and recommendations on discharge

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.
יש ליטול את משכני הכאבים לפי המרשם המצורף.
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.

https://www.teremilc.com/visits/discharge_s.aspx?XX5Carw2yzisdyl2U5Qo1xHtn6E16XNhzaoD/nzxcx5AulynL3Fm4OC0SeZ0d0YJ

Terem Ichilov – Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax:072-2740627



ח - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
1599-520520 פקס: 0722740627
בני ברק 51328

163024 #תיק 935086 #ביקור 23/08/2021 15:37

חדר	קופ"ח כללית	שם	RR	%SaO2	T/°C
	רופא מפנה/הקבוע	ליאור מצנבר		100%	36.9 PO
		מז 335354957	B/P	לח"ד	דופק/P
		גיל 10 שנים 7 חרשים			70 סדיר
	תאונת דרכים	רמת גן	WT 24 kg		
		נייד 0506794140			

IC 266620 01/09/14 Laceration
Face

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

15:43:20
הוזמן: נסיום זידאן
Allergies: NONE
לא ניתן טיפול נגד כאב/חם חסיבה
אחרת
No xrays ordered
No tests ordered
No treatments ordered

מבן החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / הסמיר

- אבחנה והמלצות שחרור
- ☐ הביתה ומעקב בקופ"ח
 - ☐ לבית חולים
 - ☐ פני באמבולנס
 - ☐ הפונה לרוממה

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הסלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות (מחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רפאי בקופה

חתימת חולה:

חתימת וחותמת רופא



מז 335354957
נייד 0506794140

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

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל

נספח 6 :

התובע 5 תעודות רפואיות

(עמודים 41 עד 42)



טר"מ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520
פיקס: 0722740627

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

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 485311	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 935087	תאריך ביקור Date 15:39 23/08/2021
---	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	---

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בدير	שם: Name: יאיר מצנבר תז: ID: 229211842	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
--	---	--

סיכום הביקור:

Diagnosis

MVA

Pulse: 120, TempC: 37 PO, O2sat: 100 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 1 years 7 months

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן שנה ושבעה חודשים
יום טרם קלבתו היה מעורב בתאונת דרכים. בזמן נסיעה בפקק רכב אחר נכנס ברכבם מאחור
נסע במושב האחורי בסל קל. היה חגור. כריות אוויר לא נפתחו
דיקה גופנית:
חינוי ועריני, ללא אפטיות, ללא סימני דהדרציה. ללא סימני גירוי מנינגאלי
נינוח נשמתית יציב המודנמית
קולות לב סדירים
כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא סג"צ
אוזניים- ללא אודם, תופיות במראה תקין
פה ולוע- ללא אודם, נפיחות או תפליטים, ריריות רטובות, לשון צבע תקין, ללא פצעים
עור- ללא כח"צ או פריחה, טורגור שמור, מילוי קפלרי תקין
עיניים לחמיות שקטות
לא נומשו בלוטות לימפה מוגדלים
ללא סימני קוואזאקי

CORONA : No cough, Did NOT have Corona, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, was NOT vaccinated
twice, Did Not Travel in the last 14 days, Vaccination NOT in the past Month, NO contact known positive, No fever over 38.
No SOB

מהלך ודיון:
משתחרר לביתו במצב כללי טוב להמשך מעקב רופא מטפל
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Special instructions and recommendations on discharge

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.
יש ליטול את משככי הכאבים לפי המרשם המצורף.
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.
יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

8/23/2021

Terem Ichilov – Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax: 072-2740627



מחלקת טיפול דחופה בקהילה בע"מ
51328 בני ברק
0722740627 פקס: 1599-520520

48531.1

#תיק

935087

#ביקור

23/08/2021

תאריך

15:39

שעה

חדר	קופ"ח כללית רופא מפנה/קבוע	שם יאיר מצנבר תז 229211842 גיל 1 שנים 7 חדשים כתובת: התפסות 44 רמת גן טל"ב 0506784140 נייד	RR %SaO2 100%	T/°C 37 PO
	תאונת דרכים		לח"ד B/P	דופק/P 120 סדיר
			WT 10 kg	

סטריאג'

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

15:47:55

הזמן: נסים זידאן

Allergies: NONE

לא ניתן טיפול נגד כאב/חם מסיבה
אחרת

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / הלמר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לביט חולים

פני באמבולנס

הופנה לרופאה

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספר הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, וידעם ניתן ליצור איתי
וקשר לצורך מטרת רפואית ומחקר (אך
זכותי לטוב) ושירותי המטפל שזמן
העל אינן רפואי בקופה

החתימה חולה:

החתימה וחותמת רופא



החתימה
935087
1-158597

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

ורשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע

נספח 7 :

בקשה למינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 44 עד 44)



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

אחא מצנבר - נגד - שומרה חברה לביטוח בע"מ

התובע, אחא מצנבר, 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 מרכז רפואי טרם 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 פרייברג, עו"ד
אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 8 :

בקשה למינוי מומחים התובעת 2

(עמודים 46 עד 46)



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

הילה מצנבר - נגד - שומרה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, הילה מצנבר, 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 מוקד לרפואה דחופה טרם 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
62254
ב"כ התובעת



נספח 9 :

התובע 1 יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 48 עד 51)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מצנבר	אחא	49028582	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
התפוצות רחוב	44 מס'	רמת גן עיר	טלפון

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

תאריך: 24.11.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ אחא מצובר
ת.ז. מס' _____ 49028582, מרחוב _____ התפוצות 44, רמת גן, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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.

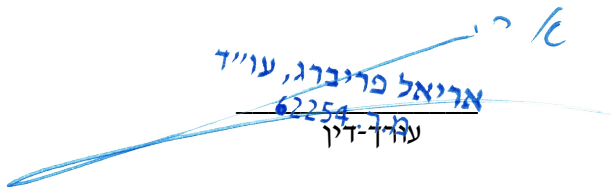
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 _____ לחודש 11 _____ שנה 24 _____

חתימה: X _____ 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פרידברג, עו"ד
62254
עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ אחא מצנבר _____ בעל ת.ז. 49028582 _____ התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

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

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

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

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 24.11.24 הופיע/ה בפני _____ אחא מצנבר _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 49028582 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

נספח 10 :

התובעת 2 יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 53 עד 55)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מצנבר		הילה		300019023	
שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	
התפוצות		רמת גן		שם האב	
רחוב		מס' 44		מיקוד	
		עיר		טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 24/11/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ הילה מצנבר
ת.ז.ח.פ. מס' 300019023, _____ מרחוב, _____ התפוצות 44 רמת גן,

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.

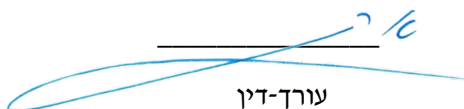
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 11 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ הילה מצנבר _____ בעל ת.ז. 300019023 _____ 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:	12/19	הפגיעה:	_____ ת"ד בהריון	המוסד הרפואי:	_____ מעיני הישועה
תאריך:	01/23	הפגיעה:	_____ חבלה בברך שמאל	המוסד הרפואי:	_____ קופת חולים
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 24/11/24 הופיע/ה בפני _____ הילה מצנבר (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 300019023 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
מ.ר. 62234
חתימת עורך הדין

נספח 11 :

התובעים 3 - 5 - יפוי כח ווסר

(עמודים 57 עד 60)



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

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מצנבר	אושרי	332937549	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
התפוצות	44		
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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 וויתור 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 _____ הילה מצנבר _____ ת.ז. _____ 300019023 שם האב _____ אחא מצנבר _____ ת.ז. _____ 49028582

תאריך: _____ 24/11/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	ליאור	33534957
התפוצות רחוב	מס' 44	רמת גן	תעודת זהות
טלפון	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 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 וויתור 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. _____ 300019023 שם האב _____ ת.ז. _____ 49028582

תאריך: _____ 24/11/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X_

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מצנבר	יאיר	229211842	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
תפוצות	44	רמת גן	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
			טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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 וויתור 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 _____ הילה מצנבר _____ ת.ז. _____ 300019023 שם האב _____ אחא מצנבר _____ ת.ז. _____ 49028582

תאריך: _____ 24/11/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X- 



מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ הילה ואחא מצנבר, הורי הקטינים אושרי ליאור ויאיר, _____
ת.ז.ח.פ. מס' 300019023;49028582, מרחוב _____ התפוצות 44 רמת גן _____,

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 24 לחודש _____ 11 שנה 2024

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ"ג 6254
עורך-דין