



בית משפט השלום בהרצלייה

22 דצמבר 2024

ת"א 56934-12-24 איוב נ' איי.די.איי.
(ביטוח ישיר) חברה לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 20/12/2024 בשעה (بالساعة) 07:00 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 56934-12-24 איוב נ' איי.די.איי. (ביטוח ישיר) חברה לביטוח בע"מ.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתקנו 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

www.court.gov.il *3852 2703333

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

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: 5.12.24

התובעת:

מאי איוב, ת"ז 058152502
מרחוב המוכתר מוהנא 49, נוף הגליל 1750639
טלפון: 050-6449539

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או מרון יעקוב
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

ביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אפעל 35, פתח תקווה
טל': 03-6251400; פקס: 03-9191330
דוא"ל: tviot@5555555.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"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 והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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



חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 12.10.1962, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 177-24-201 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

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

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

7. בתאריך 04.10.20 בשעה 15:00, או בסמוך לכך, ברחוב המוכתר מוהנא 46, חנתה בסמוך לביתה, במהלך הירידה מהרכב נטרקה דלת הרכב על אצבעות ידה הימנית והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים "המשפחה הקדושה" בנצרת, שם אובחנה חבלה באצבעות יד ימין, עם קושי בהנעה, נפיחות והמטומה. בדיקת הדמיה שבוצעה הדגימה שבר רוחבי בקצה גליל אצבע מס' 2. לאחר קבלת טיפול רפואי



ראשוני שוחררה התובעת לביתה כשאצבעה מקובעת בסד, כשהיא כאובה, בהמלצה ליד מורמת, נטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

9. התובעת אשר סבלה מכאבים עזים והגבלה בכיפוף והנעת אצבעות כך ידה הימנית המשיכה במעקב הרפואי במסגרת בית החולים והקהילה והופנתה להמשך מעקב וביצוע טיפולי ריפוי בעיסוק להקניית טווחים ושיקום התפקוד.

10. לאחר הסרת הקיבוע נותרה התובעת עם כאבים, הגבלה בתנועות אצבעות כף ידה וקושי באחיזה, הרמה ונשיאה והומלץ על המשך מעקב וטיפול ריפוי בעיסוק

11. התובעת ביצעה טיפולי ריפוי בעיסוק אינטנסיביים, אולם, נותרה עם כאבים, נפיחות והגבלה בתנועות אצבע מס' 2 ואצבעות כף ידה, בדיקת הדמיה שבוצעה הדגימה איחוי של השבר ושינויים שנגרמו מחמת החבלה הטראומטית למפרק והומלץ על המשך הפעלה, נטילת משככי כאבים והמשך טיפול.

רצ"ב מסמכים רפואיים מסומנים כ"נספח 1"

12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות אצבע מס' 2 ואצבעות כף ידה הדומיננטית, מקושי באחיזה, נשיאה והרמה, קושי בהקלדה והפעלה ממושכת, מכאבים ורגישות למגע, מקושי בביצוע תפקודים ידניים וביצוע פעולות כירורגיות, מצורך בשימוש ונטילת משככי כאבים והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובעת עובדת כמנהלת מרפאת שיניים, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

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

15. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לקושי בנהיגה ממושכת ואחיזה, נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

17. להלן פירוט נזקי התובעת:



א. נזק מיוחד :

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 85,000
(2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 28,000
(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 13,720
(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 7,550

ב. נזק כללי :

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

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

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודות רפואיות (עמודים 7 עד 13)	7
נספח 2: בקשה למינוי מומחים (עמודים 15 עד 15)	15
נספח 3: יפוי כח, וויתור סודיות ותצהיר (עמודים 17 עד 20)	17



נספח 1 :

תעודות רפואיות

(עמודים 7 עד 13)



ת.ר. 5815250-5
 משפחה ושם: **איוב מאי**
 כתובת: **נצרת עילית**
 ישוב ומיקוד: **17000**
 טלפון: **04-6010711**
 נקבה מס. תיק: **58152505**
 מין: **מין**

המוסד: **מנהל ד"ר עזאמלה מחמוד**
 טלפון: **04-6508900**
 פקס: **04-6508941**

OSPEDALE "SACRA FAMIGLIA"
 مستشفى العائلة المقدسة
 בי"ח משפחה קדונית - HOLY FAMILY HOSPITAL

דוח שחרור מתוך מיון EM033374/20

שם האב: **יעקב**
 קופת חולים: **כללית**
 הפנייה ל: **הביתה**

ארץ לידה: **ישראל**
 גיל: **58 שנים**
 מצב משפחתי: **נ**
 תאריך כניסה: **04/10/2020**
 תאריך שחרור: **04/10/2020**
 משך: **1 ימים**
 תאריך קבלה: **04/10/2020**
 16:25:00
 16:50:00

שעת ביצוע טריאג: **16:33**
 פנה למיון: **באופן עצמאי**
 רמת דחיפות: **4-עד 60 דק.**
 אחות טריאג: **חנה**
 סוג מיון: **אורטופדי מטופל**

אבחנה:

816.02 CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND RT INDEX

סימנים חיוניים

שם האחות	נשימות בדקה	כמות חמצן LIT/MIN	סטטוס הבדיקה	סטרציה %	אופן המדידה	לחץ דם	דופק לדקה	DEX	צורת מדידה	חום C°	שניה	תאריך
חנה מריד מ.ר. 203330	18		אוויר חדר	98	ישיבה	104/61	73		PO	36.9	16.35	04/10/2020

סיבת הפניה:

חבלה אצבע שניה יד ימין

מחלה נוכחית:

לדבריה טרם בדיקתה נחבלה באצבע שניה יד ימין ע"י דלת הרכב, מתלוננת על כאבים

ללא רגישות:

מיון ראשוני

סקירת קורונה:

מאבחן לנחולה קורונה: **לא**
 שורה בבית: **לא**
 חשיפה לחילה קורונה מאומת ב 14 ימים אחרונים: **לא**
 חזרה מחו"ל במהלך 4 ימים אחרונים: **לא**

בדיקה גופנית

בדיקת אורטופדית:

פצע עמוק מעל בסיס הציפורן, נפחות, הימטומה תת עורית אספקט פאלמארי גליל מרוחק, כאבים במשטח, תנועות עם כאבים, בדיקה NV תקינה

מהלך היום:

צילומי אצבע שניה יד ימין: שבר רוחבי בקצה גליל מרוחק
 נעשה כיבוע ע"י סד אלומניום

המלצות בשחרור:

אגד האבים לפי הצורך
 ד מורמת
 זעקב את טראומה
 נמורה על ששה שבועות

רופא: **ד"ר ראדד אשקר מ.ר. 25069** חתימה:

תאריך ושעת הדפסת הדוח: **04/10/2020 16:50:45**

דף מס' 1 / 1



המח. לכירורגיה אורטופדית

מנהל: ד"ר חדאד מרואן

טלפון: 04-6508995

פקס: 04-6508995

ת.ז.: 5815250-5

משפחה ושם: איוב מאי

כתובת: נצרת עילית,

ישוב ומיקוד: 17000

טלפון: 04-6010711

מין: נקבה מס. תיק: 58152505

OSPEDALE "SACRA FAMIGLIA"

مستشفى العائلة المقدسة

HOLY FAMILY HOSPITAL - בית חסד קדושה

דוח ביקור מרפאה CL113229/20

מצב משפחתי: נ

גיל: 58 שנים

ארץ לידה: ישראל

שם האב: יעקב

תאריך כניסה: 20/10/2020

קופת חולים: כללית

תאריך שח. מרפאה: 20/10/2020

תאריך קבלה:

משך: 1 ימים

אבחנות:

816.02 CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND RT INDEX

מהלך האשפוז ודיון:

20/10/2020

בריאה בד"כ

סיפור משפחתי של דלקת פרקים

יד ימין דומיננטית

לדבריה בתאריך 4/10/2020 חבלה באצבע 2 כף יד ימין מטריקת דלת רכב

במיון אובחן שבר בקצה גליל רחיקני. הונח מקבע אצבע

בבדיקה- אורך ורוחב ב'גדר המקובל. רטרקציה של מיטת הציפורן. ללא הפרשה או מסינמי זיהום בעור. ללא

דיפורמציה. הגבלה בכיפוף PIP DIP2 ממיין. ללא סימני חסר נוריו-ווסקולרי

צילום- שבר בחלק דיסטלי בגליל רחיקני בעמדה משביעת רצון

נתחיל ריפוי בעיסוק

המלצות-

יד מורמת

משככי כאעב לפי הצורך

קומפרסים מים קרים כל 3 שעות למשך 30 דקות

הפעלה לאצבעות ללא הגבלה

להימנע מפעילות מאומצת, הרמת משא כבד ונפילות

ריפוי בעיסוק לשיפור טווחי תנועה

חופשת מחלה למשך 30 יום מתאריך פציעה

בהופעת הפרשה עכורה, סינמי זיהום בעור או עליית חום סיסטמי יש לפנות לרופא מטפל או מיון

מעקב ראומטולוג בקופ"ח

מעקב מרפאה אורטופדיה כף יד דר סרחאן ביום ש' לאחר 6 שבועות עם התחייבות לצילום והתחייבות למרפאה

נא לקבוע תור בימון תורים: 04-6508901 046508967 046508903 0747231711

ד"ר עימאד אבו ג'והר מ.ר. 87263
מנהל במחלקת אורטופדיה
מ.ר. 87263
3989

רופא ד"ר עימאד אבו ג'והר מ.ר. 87263 חתימה:

רופא בכיר ד"ר עימאד אבו ג'והר מ.ר. 87263 חתימה:

תאריך ושעת הדפסת הדוח: 20/10/2020 11:43:47

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב. ביום
SIMVACOR 20MG TAB 20MG	1	טבליות	1	

ד"ר אבו אחמד עומר
מ"ד 1114579

מטרת הבדיקה: ריפוי בעיסוק

גודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר עומר אבו אחמד

114579

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



7 ה.ר. 0

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

21/10/2020

הודפס ע"י ד"ר עומר אבו אחמד

00-0581

הפניה לרפואה יועצת

איוב מאי

גיל מטופל: 58.05

תאריך ביקור: 01/03/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות ביקור: סיכום טיפול - רגיל

קוד שירות: 81074 טיפול פרטני ריפוי בעיסוק

1074

פירוט	רקע
נשואה, ילדים, גרה עם משפחה	דמוגרפי מתגורר עם
מנהלת מרפאת שיניים פרטית -	דמוגרפי עיסוק
ערבית, עברית	דמוגרפי שפות
לבד	דמוגרפי ביקור בטכנות
ימית	רפואי דמיננטיות
אין	רפואי טיפולים מוספיים
obesity	רפואי מחלות רקע

סיבת ההפניה: סיבת ההפניה מתאריך 28/10/2020:

לאחר שבר גליל דיסטלי אצל 2 ימין, 4.10.20

היתה כ- שבועיים בקיבוע.

לאחר הסרת קיבוע, כאב, הגבלה

תלונות המטופל/המשפחה: תלונות המטופל/המשפחה מתאריך 28/10/2020:

כאב,

כאב עז כשמקבלת מכה

קושי לאחוז את העט



סיבת טיפול/ביקור
שברים
כאב

פירוט	ממצאי אבחון / הערכה
אצל 2 ימין MP 0-70 PIP 10 DIP 0	גף עליון - תנועה
VAS כאב 8 מקריין עד למרפק	גף עליון - כאב
תקינה	גף עליון - תחושה
עצמאית - ללא שימוש ביד נעזרת בעובדת בית גם בעבודה נעזרת בהקלדה, כתיבה	תפקוד - BADL בחווה

מטרת הטיפול
שיקום סנסומוטורי - שיפור טווחים וכוו
שיקום סנסומוטורי - הפחתת כאב
תפקוד - IADL
תפקוד - עבודה/התנדבות

תכנית טיפולית
הדרכה לתרגול עצמי
תרגול מיומנויות ידניות

המלצות
חבישת קוב 'הקל' עי' : : ותפקוד

המלצות
הפעלה בבית
תרגול
דגשים בטיפול
שיפור טווחי תנועה
הקלה על כאב
שיפור תפקודי ידיים

סיכום טיפול: התקבלה לטיפול בתאריך 28/10/2020:

סה"כ 10 טיפולים

בת 58

נפצעה מדלת של רכב - בתאריך 4.10.20

שבר גליל דיסטלי אצ"ל 2

כאובה, קושי בשל הכאב ואי הידיעה כיצד להתמודד עם הפציעה. בקבלה.

אצבע במנח הגנה, מאד כאובה גם בשל הציפורן שנפגעה - כואב מכל מגע. הגבלה ניכרת בתנועה

עצמאית, חזרה לעבוד אך ישנם קשיים. - הערכה לעיל. בטיפול:

הסבר - מהו מנח הגנה, החשיבות והמשמעות ליציאה ממנו.

חבישת קובן+הדרכה

תרגול שימוש באצבע

הדרכה לפעילות בבית

הפעלה HANDS ON

הכנת סד לתרגול בבית

תרגול איטי והדרגתי לעידוד שימוש ביד, יציאה ממנח הגנה, הדרגה - בתנועה ספונטנית של היד,

תרגול עם סדים דינאמיים

בהדרגה שיפור בתנועות האצבע.

עם נפילת הציפורן החל גם שיפור בכאבים.

טיפול תחושתי עקב רגישות

01/03/2021

הערכה והדרכה לסיים טיפול.

תנועה מלאה במפרקי PIPJ MPJ, הגבלה חלקית במפרק DIPJ

תפקודית: מדווחת שמתקשה באחיזה יציבה של דברים.

עצמאית ביום יום

עדיין שימוש באצבע - אינו מלא. מתעייפת מהר משעמוש בה בפעילויות כמו - הקלדה,

נגינה. ככלל - עדיין ממעטת להשתמש באצבע.

הדרכתה להגביר שימוש, להשתמש במודעות כדי שהיא תפעל, וכן כדי שתמשיך ותתחזק.

הערכה:

כח פינץ' - ימין: 3.5, 4.5, 1 [4.5 ק"ג כח]

שמאל: 4.5, 4.5, 4 [4.3 ק"ג כח]

אבחון holl peg 9: יד ימין - 26 שניות

יד שמאל - 17 שניות

הערכת QDASH:

סיכום הבדיקה 39

תוצאה סופית 63.6

בבדיקת תפקוד בנגינה - קושי בינוני

בבדיקת קושי בתפקוד בעבודה - קושי חמור

מפריע לה מאד השינוי בתפקוד היד והכאב - מופיע כאב כאשר מתאמצת - ואז מפסיקה

שימוש, לא מגיעה לכאב מאד חזק.

מאחר וידועת מה עליה לתרגל וחשיבות עיקרית היא הגברת שימוש תמשיך שימוש ותרגול

באופן עצמאי בביתה, ונסיים טיפול במכון.

שם הרופא
נחום
מספר רשיון
תזמורת
טלפון
פקס
ד"ר בילאל שחאדה
אורטופד
86545
מרג' אבן עאמר, 15
04-6129500
04-6342526
מחוז: צפון
רפואה: מגדלי נצרת - רפואה יועצת

תאריך 29/07/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל		00-05815250-5		נ	58.10	12/10/1962	יעקוב
איוב מאי		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי		29		50	5449539	50	6010711 - 4
נוף הגליל		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
שכ הכרמים		רחוב					

שלום רב,

תאריך הביקור: 29/07/2021
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 58 שנים, ימין דומננטית, לאחר חבלה מדלת רכב לפני חצי שנה באצבע שניה כף יד ימין, טופל בסד אצבע עקב שבר באצבע. טופלה בבית חולים משפחה קדושה לפי מכתב שחרור מדובר בשבר רוחבי בקצב הגליל דסטלי.

בדיקה גופנית: רגישות במשו שמעל ה PIPJ של האצבעות, נפץ פחות קלה. הגבלה בכיפוף האצבעות. צילום מהיום: שבר מחובר בעמדה טובה, שינויים ארטריים מתקדמים ב PIPJ DIPJ.

קוד	אפיין	אבחנה
8260	2 ft	FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית: הפעלה של האצבעות. נגד כאבים. מעקב רופא מטפל.

הפניה לדיון	הפניה	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
78016-צילום אצבע יד ימין	H3	הודפס			

בברכה,

86545

ד"ר בילאל שחאדה

מס' רשיון

שם הרופא

החלטה וחותמת הרופא
מס' 86545, מ.ר. 2-3-15

נספח 2 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 15 עד 15)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בהרצליה

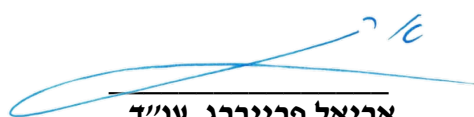
מאי איוב- נ ג ד - ביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ

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

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים "משפחה קדושה" בנצרת, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 3 :

יפוי כח, וויתור סודיות ותצהיר

(עמודים 17 עד 20)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, _____ מאי איוב _____
 ת.ז. מס' _____ 058152505 _____, מרחוב _____
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו יגאל רסקין ואו מרון יעקוב להיות באי כוחי במשפט
 של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום
 04.10.2020 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות
 ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל וחובע ממנו
 כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו 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 ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות 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 פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק התוצאה 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. לחודות או לכפור באישום שלא בנכחותי ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,

לטפל ברישומו 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, 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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 09 _____ לחדש 09 _____ שנה 2024

חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

מ.ר. 99135
יעקוב מרון - עו"ד
מרון יעקוב
עורך-דין

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

טופס בקשת מידע רפואי חיתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מתח (במקרה של קטין יורשמי פרט)

שם משפחה <u>א.י.ר.ג. לוי</u>	שם פרטי <u>א.י.ר.ג.</u>	תעודת זהות <u>5655555</u>	שם האב <u>ב.ב.</u>
חבר <u>א.י.ר.ג. לוי</u>	מס' <u>46</u>	עיר <u>תל אביב</u>	מיקוד <u>050639</u>
		טלפון <u>05444539</u>	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואז מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רפואית, עובדיו ואז מי מקבלם ואז לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואז לבוא תחת שם פרטי ואז למשרד הבריאות ואז לכל עובד בתחום הסוציאלי ואז הסייעני למסור ל- (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שירשם-המבקשים על מצני הנושאים ואז הסוציאלי ואז מצני בתחום הסייעני ואז השיקומי ואז כל מנהל שחלתי בה בעד או שאני יכולה בה בעת

אז משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואז כל רופא מרפאות ואז כל עובד מעובדיהם ואז כל מוסד ממוסדות, כולל כתי-חולים כלליים ואז פסיכיאטרים ואז שיקומיים וכל סוגי מניפי מוסדותיהם, מחובת שמירת על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ואז השיקומי ואז הסוציאלי ואז הסייעני ומתיד להם בואת מתו כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אוכל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי יציל ומשלם לי

חנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואז למי מרפאות ואז עובדיהם ואז מי מטעמם ואז נותני השירותים שלהם, כל תגות או תביעה מטעם נעלה בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק חגות הפרטיות, החשמי"א 1981 ותהא תלה על כל מידע רפואי או עזר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואז רפאות ואז עובדיהם ואז מי מטעמם ואז נותני השירותים שיפורטו להלן

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

שם קובי"ח <u>א.י.ר.ג.</u>	סניף <u>א.י.ר.ג.</u>	מס' חבר <u>א.י.ר.ג.</u>	שם המוסד <u>א.י.ר.ג.</u>
רופאים מכונים, מעבדות	1 2	3 4	4 4

מסי אושי כצה"ל
שם קובי"ח קודמת
במקרה של קטין שם האם
תאריך
עד לחתימה ומס' ת
(במקרה של קטין - חתימה ואימות האוטונומיס)

ימני כח
הריני מייבא את כוחו של
29/9/2004
תאריך
שם פרטי ושם משפחה
א.י.ר.ג. לוי
חתימה

תצהיר

טופס 2
(תקנה 2)

אני הח"מ מ.י. א. י. ג. בעל ת.ז. 58152505 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 חתביעה):

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



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מ.י. א. י. ג. מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 24.9.21
הופיעה בפני מ.י. א. י. ג. (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
58152505 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עלי/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יחא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהיר/ה.

מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.
מ.י. א. י. ג.