

תאריך חתימת המסמך: 5.9.24

התובע:

אליאור כהן, ת"ז 26556589

מרחוב יצחק בן צבי 28, פתח
טלפון: 053-3223263
ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 03-80983
דוא"ל: @freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

הראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
טל': 03-7547709; פקס: 03-7348177
דוא"ל: tviot.hova@harel-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגישו 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. התובע, יליד 27.6.1986, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 840-54-002 (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.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "**כנספה 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, מנהל שירות בחברת רכב, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



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

7. בתאריך 14/11/2023, בסביבות השעה 16:00, ברחוב השפלה 4, בפתח תקוה, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובע מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 69-926-38 (להלן: "**הרכב המעורב**") והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. התובע אשר סבל מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב פנה למוקד טרם לרפואה דחופה, שם הודגמו חבלות בעמוד השדרה הצווארי, הגב והמותני ולאחר ביצוע בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 5 ימים.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות פנה למומחה אורתופדי לצורך קבלת טיפול והוחלט להפנותו לביצוע בדיקות הדמיה, פיזיותרפיה דחופה וטיפול תרופתי לשיכוך כאב.
10. בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה
11. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש בצוואר ובגב עם בחילות וסחרחורות, ולאחר קבלת טיפול

רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, מנוחה בת 3 ימים ונטילת משככי כאבים.

12. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות הצוואר, שכמה שמאל והגב טופל והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

13. כמצוות רופאיו, ביצע התובע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הגבלה בתפקוד וכאב מעיר משינה והוא הופנה להמשך טיפול.

14. התובע טופל ע"י אורתופד בקהילה ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני עם הקרנת הכאבים לגפיים העליונות החליט על הפנייתו להמשך טיפולי פיזיותרפיה לצורך שיפור הטווחים והפגת הכאב, המשך מעקב רפואי וטיפול תרופתי לשיכוך כאב.

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

15. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים העליונות, מקושי בשיבה ממושכת, הטיה, צידוד, ריכוז מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבים עזים והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

16. התובע, מנהל בחברת צ'מפיון, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נבצר ממנו לעבוד במשך שעות ארוכות ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

18. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

19. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 75,850 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 7,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 5,250 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 12,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר – |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

20. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
21. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.
- אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע 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 התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
<u>נספח 1:</u> <u>אישור משטרה</u> (עמודים 7 עד 8)	<u>7</u>
<u>נספח 2:</u> <u>תעודות רפואיות</u> (עמודים 10 עד 37)	<u>10</u>
<u>נספח 3:</u> <u>בקשה למינוי מומחים</u> (עמודים 39 עד 39)	<u>39</u>
<u>נספח 4:</u> <u>וסר יפוי כח ותצהיר</u> (עמודים 41 עד 44)	<u>41</u>



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 8)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז
כתובת דרך השרון 1, כס
טלפון 09-7473330
פקס 097473336
דואל bohanim.sharon@police.gov.il

מספר תיק פלא 501754/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 15/11/2023, ב' כסלו תשפ"ד, 11:02

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/11/2023 בשעה 16:00

מקום התאונה

פתח תקווה רחוב השפלה 4

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
6992638	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	16129533001	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	313263741	גנץ מור	05/05/1995	פתח תקווה, הרב קלישר, 9		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
84054002	פרטי נוסעים	סקודה צ'כיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הראל	603007516423	ישראלית



מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	26556589	כהן אליאור	27/06/1986	פתח תקווה, בן צבי יצחק, 28		

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
0	בחקירה	15/11/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1760446	תמיר	מתי

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1760446	מתי	תמיר	רסמ	רשם

לח"י תמיר

מקום שרות

חתימה
15/11/2023 11:02

שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 37)



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

תלונה: כאבי גב וצוואר לאחר תאונה. פרוט:אחר	תיק מס': 192604	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס': 246259	תאריך ביקור Date 16:59 14/11/2023
--	--------------------	--------------------------------	----------------------	---

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. חוסן חאג יחיא ח	שם: אליאור כהן : Name תז: 026556589 ID	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:



טל נייד: 0522209027 אימייל: אין

Whiplash, Back pain

Pulse: 55, TempC: 36, O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)

Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Staight 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 37

היה מעורב בתאונת דרכים

היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה.

היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר

ללא חבלה בראש או במקום אחר.

מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון

כאבים מחמירים בתזוזה

===

בדיקה גופנית:

במצב כללי טוב, אינו במצוקה כללית או נשמתית.

GCS 15

מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ, קרניאלים שמורים, צרברליים שמורים

גב:

ללא סימן חבלה

רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7), ללא רגישות ב"ש צווארי

כאבים מופקים בשינוי תנוחה.

↑

בין רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, נייע תקין

כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים.

===

מהלך ודיון:

תשובת רנטגנולוג:

עמוד שדרה גבי <<<<

לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתיים שמורים

חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023

WHIPLASH INJURY

MSK PAIN

המלצות:

משככי כאבים

מעקב אורטופד

בכל החמרה לפנות לעזרה רפואית

יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה גבי <<<

פענוח רדיולוג: לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתיים שמורים

חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023 17:33

ראה צילומים

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

* Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #:10 (Ten) tablet

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

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

נבדקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול. הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שייתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו. הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנא הקפד למלא אחר הוראות הרופא יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות. במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

כאב בגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעיתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב. ניתן להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

יש לחזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מופיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

מעקב עם אורטופד בעוד 3 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. חוסן חאג' יחיא ח מ.ר. 164125



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

246259

RR


☐
☐
☐
☐


1-164125
1-164125
1-164125

מסמך זה מכיל מידע מוגן

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

TEREM Petach Tikva 182 Rothschild ST
phone : 1599-520-520



טל: 182 פתח תקוה
1599-520-520

#תיק 192604

246259

#ביקור

14/11/2023

תאריך

16:59

עה:

חדר	קופ"ח כללית רפא/מסנה/הקבוע ללא	שם	RR	%SaO2	T/חום
		אליאור כהן		97%	
		026556589 מ. 37 שנים 5 חדשים			
		מין ז			
		כתובת: לנדא חיים 16	לח"ר B/P		דופק/P
		בני ברק	120/65		55 סדיר
		נייד 0622209027			
		טל' בית			
	אחר כאבי גב וצוואר לאחר תאונה				

IC 621844 28/10/17 Pain in joint,
nonspecific
IC 369397 10/05/17 Traffic
Accident, XR
IC 288586 15/11/14 Otitis media
IC 154882 04/05/13 Contusion of
ankle, XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

UBP PAP

וריאג'

17:01:31
טליה חדר

Allergies: NONE

In TEREM: Paracetamol
PO as tablet 1000

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

מצב החולה בשחרור:

אבחנה והמלצות שחרור

הביטוח ומעקב בקופ"ח

לביד חולים

מח באמבולנס

הסנה לרוממה

חתימת וחותמת רופא

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הטלפון או-פיל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור אימי
קשה לצורך פטרוט ופאית: מחקר (אך
וכתי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לשיל אכן רשאי בקופה

חתימת חולה:



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

מסמך זה מכיל

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

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



תאריך: 14/11/2023 16:59

שם המטופל אליאור כהן

לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

www.teremi.com

יש להזין את הנתונים הבאים:

עמוד שדרה גבי

מספר ביקור **246 259**

מספר תיק **192604**

ת.ז. *******589**

סניף **פתח תקוה**





הקפד לשמור דף זה.
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות
בצילומים / אולטרסאונד ובתוצאות בדיקות



*קיימת אפשרות להגדיל, לשנות בהירות, לסובב וכד' את
הצילומים בזמן צפייה

נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת
מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית



זמינות מיידית!

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש
www.terem.com 1599-520-520



לכבוד אליאור כהן: TO:

תז ID#: 026556589 מס' תיק Patient #: 192604 מס' ביקור: 246259
לנדאו חיים 16 בני ברק

Invoice #:
97048:מס

תאריך רישום: 14/11/2023 Date of Payment:

העתק # 1

Receipt of Payment
חשבונית מס קבלה

מספר עוסק מורשה:

1

מס ע"מ לצורך דוח מעמ
1

Description: תיאור: ביקור רגיל

מזומן..... 96 ש"ח

Subtotal :	82.05 ש"ח	סהכ לפני מעמ:
VAT :	13.95 ש"ח	מע"מ
Total :	96.00 ש"ח	סהכ כולל מעמ:

מספר שובר:
הונפק בתאריך: 14/11/2023



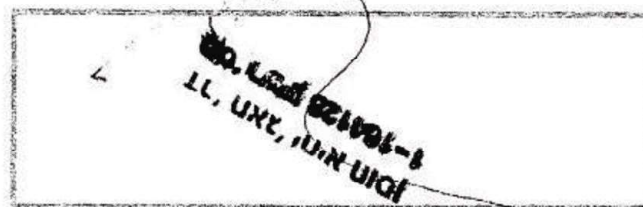
טופס חופש מחלה

תאריך ביקור 14/11/2023

שם אליאור כהן

תז 026556589

ימי חופש מחלה 5



חותמת והתימה

הרופא/ה המטפל/ת חוסן חגג יחיא ח

רשיון 164125

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל

רוטשילד 182. פתח תקוה טל: 1599-520-520

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers

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

תלונה: אחר	תיק מס': 192604	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 246259	תאריך ביקור Date: 16:59 14/11/2023
---------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	--

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

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר חוסן חגא יחיא ח	שם: אליאור כהן : Name תז: 026556589 ID	תודה רבה לללא על הפניה זו ל-טרם קופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0522209027 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Whiplash, Back pain	
Pulse: 55, TempC: 36 , O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months	
Injury/Pain Exam:	
SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Staight 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 37 היה מעורב בתאונת דרכים היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה. היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר ללא חבלה בראש או במקום אחר.	
מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון כאבים מחמירים בתזוזה === בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, אינו במצוקה כללית או נשמתית.	
GCS 15 מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ , קרניאלים שמורים , צרברליים שמורים	
גב: ללא סימן חבלה רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7) , ללא רגישות ב"ש צווארי כאבים מופקים בשינוי תנוחה.	
בטן רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, גיע תקין כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים. === מהלך ודיון: תשובת רנטגנולוג: עמוד שדרה גבי <<<<	

ורפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם
זינה 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 גא 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





מדיקס אורתופדיה מתקדמת

שיטרת 6 תל אביב-יפו 6948206

טל: 052-7228777, 03-6482333

פקס: 03-6482377

דוא"ל: info@medixlife.co.il

אתר אינטרנט: www.medixlife.co.il

513736330
26/11/2023

ח.פ.
תאריך

מקור No. 96132

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 26556589

שם: כהן אליאור

טל: 0522209027

כתובת: בן צבי יצחק 28 פתח תקוה 4937567

סיכום תשלום

אמצעי תשלום	ת.פרוע	פרטים	סכום
מזומן	נתקבל במזומן	26/11/2023	100.00

סה"כ ש"ח ללא מע"מ	85.47
מע"מ 17.00 %	14.53
סה"כ ש"ח כולל מע"מ	100.00

עבור טיפול פיזיותרפיה



חתימה:

רופא/מטפל: דוד קארס

OFEK MEDICAL

תאריך: 16/11/2023

ד"ר בין אברהם
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט
מ.ר. 18667
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזל בברך
מבקש
1 MRI לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר
2 פזיטרפיה
3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאלית או כל נזק תוך
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה
מומלץ ארטרוסקופיה
מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי
מבקש
1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש
2 פזיטרפיה דחופה
3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל

ד"ר בין אברהם
אורתופד מומחה
מ.ר. 11908

בברכה:
ד"ר בין אברהם
אורתופד מומחה



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ
NOR MED LTD.

מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 23/11/2023
מספר ביקור: 3883276
שם הבדיקה: CT ע"ש צווארי
תאריך פענוח: 26/11/2023

שם הנבדק/ת: כהן אליאור
ת.ז. נבדק/ת: 026556589
תאריך לידה: 27/06/1986

לכבוד:
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד
קופ"ח כללית

פרטים קליניים:

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה צווארי במכשיר ICT מתקדם, מגובה C1 עד D1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: עמדה לורדוטית תקינה של עמוד השדרה הצווארי.

המבנה הגרמי והמפרקי הודגם בצורה תקינה.

אברי הצוואר המודגמים תקינים, במגבלות העדר הזרקת יוד.

סריקה C1-C2:

המבנים הגרמיים כולל הקשתות הקדמית והאחורית של האטלס והשן של החוליה צווארית השניה (אקסיס) תקינים ולרבות המסות הלטרליות עם המפרקים ביניהן.

סריקה C2-C3:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C3-C4:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C4-C5:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ
NORMED LTD.

סריקה C5-C6:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C6-C7:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C7-D1:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
**בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.



תודה על הפניית הנבדק/ת
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589
מסמך זה נחתם אלקטרונית



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ
NORMED LTD.

מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

שם הנבדק/ת: כהן אליאור	תאריך בדיקה: 23/11/2023
ת.ז. נבדק/ת: 026556589	מספר ביקור: 3884431
תאריך לידה: 27/06/1986	שם הבדיקה: CT ע"ש גבי
	תאריך פענוח: 26/11/2023

לכבוד:

הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: כאב גב תורקלי וצווארי לאחר חבלה.

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה גבי במכשיר ICT מתקדם, מגובה D1 עד L1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: בצילום הצדדי הודגמו גופי החוליות והמרזוחים שביניהם שמורים ללא סטייה.

המרקם הגרמי אחיד.
ללא ממצא גרמי מוקדי הרסני.
ללא שברי דחיסה.
ללא בקע דיסק או היצרות ספיגלית.

בהדגמה מוגבלת של אברי החזה המודגמים בסריקה:
שתי קשריות ריאתיות קטנות ב-RLL.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
****בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד**
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589
מסמך זה נחתם אלקטרונית



17926

שירותי בריאות כללית

עותק שנשלח בדוא

תאריך: 21/11/23



26556589

חסוי/אישי

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 304317926

המבוטח : 0002655658-9 כהן אליאור
רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק	קוד כמות
78073 C.T לנבדק		1	1

תאריך זימון: 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום: הנחה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ו-17



17925

שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
 מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים
 מס': 304317925

המבוטח : 0002655658-9 כהן אליאור
 רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד
 סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק	קוד כמות
78073 C.T לנבדק		1	1

תאריך זימון: 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 113638
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 לתשומת לב בית החולים/המכון :
 לחלן תנאי האישור להפניה :



- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעותו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבטוח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנת וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

ט"ו-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקווה
 מרפאה: 5378 מרפאת בלפור
 מרפאת בלפור פתח תקווה 03-7471700
 תאריך: 21/11/23
 שעה : 09:06

מקור אישור: 00113638 / 1

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות מספר תיק: 3906114

לכבוד: 0002655658 כהן אליאור

קוד	פירוט גביה:	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי מכון פרטי	מכון: 7893-מרכז רפואי רמת אביב נור-מ	21/11/23	0
78073	CT טומוגרפיה ממוחשב למעט בדיקות להן קוד	קבוצה: 7 הדמיה		
0	סה"כ לטופס :			

כרטיס האשראי יחויב בסך של: 10



קופאי: 40595 - 8 לימר רותם

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
 מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו
 לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 נא לשמור על האישור
 להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות



שם הרופא	ד"ר גיהאד ריאן	מספר רשיון	26592
תחום	מומחה ברפואת משפחה וילדים	טלפון	03-7471700
כתובת	רוטשילד, 119	פקס	03-9395401
מרפאה	בלפור - פתח תקוה	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 16/11/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן אליאור	מס זהות:	00026556589	גיל:	37.04	מין:	ז
ת. לידה:	27/06/1986	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	בן צבי יצחק			
מס בית:	28 / 14	טלפון:	52- 2209027	טלפון מסף:	3- 6187849			

מספר הפניה:	35378018534	רשיון רופא	026592
תז נבדק	26556589	מספר הפניה	035378018534
גורם שולח	5378		

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 במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

סימנים חיוניים:	גובה	182	16/08/2022	משקל	79	16/08/2022	bmi	23.85
	לחץ דם	132 / 70	06/02/2023					
	דופק	77	06/02/2023					

31/05/2022 מתאריך 115.58 eGFR

ביטוי פעילות

מ. גילוי	א. פיון	בעיה
08/05/2017		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
28/06/2018		ROAD ACCIDENT
29/06/2021		MEDIAL MENISCUS TEAR
27/06/2021		MENISCECTOMY

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	א. פיון	בעיה
01/04/2001	01/04/2001		OBESITY (BMI >30)

ממצאים קליניים רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

שם הרופא	ד"ר גיהאד ריאן	מספר רשיון	26592	נחתם דיגיטלית**
חתימה וחומת הרופא				

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

תאריך: 19/11/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן אליאור
ת.לידה:	27/06/1986	ישוב:
מס בית:	14 / 28	טלפון:
מס זהות:	00026556589	גיל:
מס זהות:	00026556589	גיל:
רחוב:	בן צבי יצחק	מספר הפניה
טלפון נוסף:	3-6187849	מספר הפניה

תאריך תאונה: 14/11/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35378018572

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5378



035378018572



26556589



026592

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד משה"ב	קוד שירות
10304010	CT עמוד שדרה צווארי	L1039 ט.מ.	78073
10304015	CT עמוד שדרה גבי	L1039 ט.מ.	78073

המטופל מתלוק על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר. 19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

סימנים חיוניים גובה 182 נמדד ב: 16/08/2022 משקל 79 נמדד ב: 16/08/2022 BMI 23.85

לחץ דם 70 / 132 נמדד ב: 06/02/2023

דופק 77 נמדד ב: 06/02/2023

31/05/2022 מתאריך: 115.58 eGFR

ממצאים עיקריים ממצאים מתאריך 16/11/2023:

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות 19/11/2023

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
WHIPLASH INJURY		8470
LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION		L03

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב 16/11/2023:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 19/11/2023

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
08/05/2017		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG

מגילוי	איפיון	בעיה
28/06/2018		ROAD ACCIDENT
29/06/2021		MEDIAL MENISCUS TEAR
27/06/2021		MENISCECTOMY

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/04/2001	01/04/2001		OBESITY (BMI >30)

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר גיהאד ריאן	26592	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 16/11/2023

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	כהן אליאור
ת.לידה:	27/06/1986
מס בית:	14 / 28
מס זהות:	00026556589
רחוב:	בן צבי יצחק
טלפון מס:	3-6187849
גיל:	37.04
מין:	ז
שם המעביד וכתובת:	2 תאונת עבודה
שם המעביד וכתובת:	צמפיון מוטורס - בני ברק
תאור התאונה:	במהלך נסיעה הביתה מהעבודה רכב אחר נכנס ברכבו מאחורה ונפגע
היכן קיבל טיפול קודם:	טרם
הממצאים הקליניים:	רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 14/11/2023
 שעת תאונה: 16:00
 שם המעביד וכתובת: צמפיון מוטורס - בני ברק
 תאור התאונה: במהלך נסיעה הביתה מהעבודה רכב אחר נכנס ברכבו מאחורה ונפגע
 היכן קיבל טיפול קודם: טרם
 הממצאים הקליניים: רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

אבחנות

קוד	אבחנה
8470	WHIPLASH INJURY
L03	LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

Ⓢ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 14/11/2023	עד יום 19/11/2023	(בכלל)	סה"כ 6 ימים
16/11/2023	16/11/2023		



תאריך מתן התעודה	ת. הבדיקה
בלפור - פתח תקוה	

ד"ר גיהאד ריאן **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 04/04/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן אליאור	מס זהות:	00026556589	גיל:	37.09	מין:	ז
ת.לידה:	27/06/1986	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	בן צבי יצחק	טלפון מסר:	3-6187849	
מס בית:	28 / 14	טלפון:	52-2209027					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה 14/11/2023

שלום רב,

תאריך ביקור: 04/04/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2023

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

03/01/2024

מבצע פיזיותרפיה - CT ע"ש צווארי תקין, סובל מכאבי צוואר וגב בעיקר בבוקר.

04/04/2024

עדיין כאבי גב תחתון מתקשה בבוקר לקום

ממצאים: ממצאים מתאריך 03/01/2024

ממצאים מתאריך 19/11/2023

ממצאים מתאריך 16/11/2023

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

19/11/2023

03/01/2024

רגישות מעל חוליות ע"ש צווארי ומתני

04/04/2024

אבחנות בביקור

קוד	אבחנה
8470	WHIPLASH INJURY
L03	LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/01/2024

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 16/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 19/11/2023

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו 03/01/2024

ההפניות שהופקו ב 03/01/2024

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 04/04/2024

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת בלפור

תאריך עדכון: 03/01/2024

קוד מרפאה: 5378

רופא מעדכן: ד"ר גיהאד ריאן

קוד מחוז: 04

מס רשיון: 26592

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור מסר	צורך באישור	קטגוריית שירות
	0	5



גיל המטופל: 37.06

תאריך ביקור: 03/01/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 14/11/2023

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

03/01/2024

מבצע פיזיותרפיה - CT ע"ש צווארי תקין, סובל מכאבי צוואר וגב בעיקר בבוקר.

סימנים חיוניים

גובה: 182 נמדד ב: 16/08/2022

משקל: 79 נמדד ב: 16/08/2022

BMI: 23.85

לחץ דם: 70 / 132 נמדד ב: 06/02/2023 דופק: 77 נמדד ב: 06/02/2023

מתאריך: 23 eGFR: 101.56

ממצאים: ממצאים מתאריך 19/11/2023

ממצאים מתאריך 16/11/2023

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

19/11/2023

03/01/2024

רגישות מעל חוליות ע"ש צווארי ומתני

קוד	אבחנה	איפיון
8470	WHIPLASH INJURY	
L03	LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION	

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/11/2023:

ההפניות שהופקו ב 16/11/2023:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 19/11/2023:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

03/01/2024

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

P	M	K	N	Q	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	20	10	D	2	טבליות	TAB	1	ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

OFEK MEDICAL

תאריך: 24/01/2024

ד"ר ביין אברהם

מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט

מ.ר. 18667

הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב

טלפון: 050-7727593

נייד: 052-2209027

מ.ת.ז: 2655658/9

שם: כהן-אליאור

25/05/20

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזל בברך

מבקש

1 MRI לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר

2 פזיותרפיה

3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאלים או כל נזק תוך
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה

מומלץ ארטרוסקופיה

מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי

הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי

מבקש

1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש

2 פזיותרפיה דחופה

3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל .

25/01/2024

CT עש צוארי בלטי דיסק מ C4-C5-C6-C7

CT עש טוראקלי ללא בליטות דיסק

חל שיפור במצבו אד עדין כאבים והגבלה

המשך טיפול שמרני של פזיותרפיה הידרותרפיה ודיקור סיני

ד"ר ביין א.
אורטופד מומחה
מ.ר. 11908

בברכה:

ד"ר ביין אברהם

אורתופד מומחה

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב

טלפון: 050-7727593

OFEK MEDICAL

תאריך: 13/06/2024

ד"ר ביין אברהם
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט
מ.ר. 18667
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזול בברך - מבקש:
MRI 1 לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר
MRI 2 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאל או כל נזק תוך
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה
מומלץ ארטרוסקופיה
מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי - מבקש:
CT 1 לעש צוארי וטוראקלי מצב עש
ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל .

25/01/2024

CT עש צוארי בלטי דיסק מ C4-C5-C6-C7
CT עש טוראקלי ללא בליטות דיסק
חל שיפור במצבו אד עדין כאבים והגבלה
המשך טיפול שמרני של פזיותרפיה הידרותרפיה ודיקור סיני .

13/06/2024

היום מתלונן על כאבים במותן שמאל
ללא חסר נאורולוגי
ממליץ על CT עש מתני מצב עש מתני
US 2 לבטן ולכליות ודרכי שתן
3 טיפול במירפאת כאב
ROKACET PLUS 4 פעמיים ביום ל10 ימים .

01/08/2024

U.s כליות ודרכי השתן תקין .

בלט דיסק קל בגובה S-1-L-5 .

מעקב וביקורת לאחר פיזיותרפיה.
בברכה: דר ביין אברהם - אורתופד מומחה.

ד"ר ביין אברהם
אורתופד מומחה
מ.ר. 11908

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 39 עד 39)



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

אליאור כהן - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אליאור כהן, 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 מוקד טרם לרפואה דחופה, בתל השומר 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
ב"כ התובע



נספח 4 :

וסר יפוי כח ותצהיר

(עמודים 41 עד 44)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

26556589

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____

תאריך: 11.9.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X _____

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מס' _____ 26556589, מרחוב _____, 26/14, _____, נגד
 ת.ז. מס' _____, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של _____
 בענין תאונת דרכים מיום _____ 14/11/23 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 ולחופיע 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, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

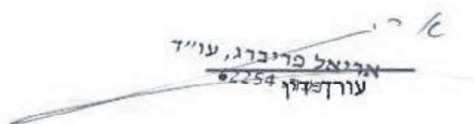
ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 9 שנה 2024

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל




אריאל פרייברג, עו"ד
עורך דין 2254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ אליאור כהן בעל ת.ז. 26556589 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):

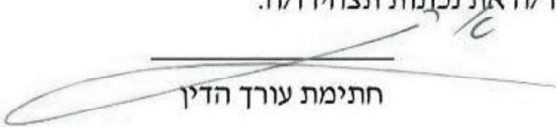
תאריך:	8.5.2017	הפגיעה:	גב תחתון וכתף שמאל	המוסד הרפואי:	איכילוב
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

x 

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 11.9.24 הופיע/ה בפני _____ אליאור כהן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 26556589 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.


חתימת עורך הדין