

תאריך חתימת המסמך: 19.2.25

התובעת:

נורית חיון, ת"ז 58722786
מרחוב הקורל 23, בנימינה- ג. עדה 3051523
טלפון: 052-5453356

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

– נ ג ד –

הנתבעות:

1. **שולמית צוקרמן, ת"ז 006448443**
ת"ד 351, זכרון יעקב
2. **כלל חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב ראול ולנברג 36, תל אביב
טל': 073-3949222; פקס: 073-3949229
דוא"ל: clal-hova@clal-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: 819 ₪ (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.

(1) בעלי הדין :

1. הנתבעת 1 הינה מי שבכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הייתה הנהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 403-77-602 (להלן: "**הרכב**")
 2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
 3. התובעת, ילידת 8.4.1964, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
- רצ"ב אישור משטרה מסומן "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. 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.
5. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
6. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. 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 :

8. בתאריך 20.5.24 בשעה 17:00, או בסמוך לכך, ברחוב דרך ניל"י 28 בבנימינה-ג. עדה, עת פתחה התובעת את דלת הרכב לצורך ירידה, פגע בדלת רכב הנושא מ.ר 702-17-903 והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").



9. ממקום התאונה פנתה התובעת לבית החולים "הלל יפה" בחדרה, שם אובחנו חבלות בראש, בגב, בכתפיים ובצוואר, כאבים המקרינים לגפיים העליונות, התובעת נשלחה לבדיקות דימות שונות. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני ושלילת שברים שוחררה התובעת לביתה, תוך המלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובעת אשר המשיכה לסבול מחולשה כללית, סחרחורות, חוסר שיווי משקל והחמרה בכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, כתפים והראש, כולל הקרנת הכאבים לגפיים העליונות, מלווה בתחושות זרמים, נימול וקושי בהרמת הידיים, טופלה במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי, כולל מעקב נוירולוגי ובדיקת EMG, פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה של שבועיים נוספים.
11. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה וסטיבולרית, אולם נותרה היא עם סחרחורות והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והידיים, כאב מעיר משינה, קושי בהרמת חפצים ואף החלה לסבול מכאבי ראש תכופים והופנתה להמשך מעקב אורתופדי, נוירולוגי ומעקב בתחום אף אוזן וגרון.
- רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות, "כנספח 2".
12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים, והגב מהקרנת הכאבים לגפיים, מכאבי ראש וסחרחורות, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, מקושי בהרמה ונשיאת חפצים, קשיי הירדמות ושינה, צורך בשימוש ונטילת משככי כאבים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
13. התובעת, אשת חינוך, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה ממושכת בהרמה ונשיאה, 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 בהליכה ולמגבלותיה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.



(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 – ₪ 115,000
- (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) הוצאות בגין נסיעות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

18. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעות לדין ולחייבן 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: אישור משטרה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 27)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 29 עד 29)	29
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 31 עד 33)	31



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 8)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 220388/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 29/05/2024, כ"א אייר תשפ"ד, 09:07

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

לכל המעוניין

תאריך התאונה 20/05/2024 בשעה 17:00

מקום התאונה

בנימינה-ג.עדה רחוב דרך ניל"י 28

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
40395902	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
כלל	31498384800	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נוסע	58722786	חיון נורית	08/04/1964	בנימינה-ג.עדה, הקורל, 23	הלל יפה - חדרה	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
70217903	פרטי נוסעים	בי ווי די
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
כלל	43312561101	ישראלית



מעורבים ברכב

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

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
1	בחקירה	29/05/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
973081	דהרי	אביטל

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה
973081	אביטל	דהרי	רסב

אח"כ זה י"ל

חתימה

29/05/2024 09:07

מקום שרות

שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף

תפקיד

חוקרבוחר תנועה תאונות דרכים

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 27)





מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795	אחיות אחראית: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 20:59 20/05/2024

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11771391

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: חיון	שם פרטי: נורית	ת. זהות: 58722786
מין: נקבה	ת. לידה: 08/04/1964	גיל: 60
כתובת: הקורל 23 בנימינה-גבעת עדה בנימינה 3051523	טלפון: 052-5453356	שם האב: דוד
מצב משפחתי: נשוי/אה	קופ"ח: קופ"ח כללית	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 20/05/2024 שעה: 18:07

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 20/05/2024
עד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING UNSPECIFIED PERSON	E819.9		20/05/2024	✓			
HEAD INJURY, UNSPECIFIED	959.01						

תלונה עיקרית

מעורבות בתאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת 60, הייתה מעורבת בתאונת דרכים, ישבה ליד נהגת, בזמן יציאה מהאוטו נחבלה בראשה ע"י אוטו אחר שמגיע מאחורה
לא איבדן הכרה, ללא הקאות.
מציינת כאבי ראש וצוואר וגב עליון, זרמים בידיים

רגישות לתרופות

שם התרופה
PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN)
תאריך רישום
03/01/2021

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי טוב

ללא חיוורון

עור

נורית ת.ז: 58722786 מחלקה: מיון כללי מקרה: 11771391

ראש ללא ממצאים חבלתיים, רגישות במצח
 עיניים ללא סימני חבלה. אישונים שווים ומגיבים לאור
 אוזניים ללא ממצאים חבלתיים
 צוואר רגישות באספקט אחורי
 בית חזה וריאות קנה מרכזי, ללא סימן חגורה, ללא סימן חבלה, ללא דפורמציה או רגישות במישוש.
 בטן ללא סימן חגורה או סימן חבלה אחר. בטן רכה ולא רגישה
 נוירולוגית ללא חסר גס

יעוצים

פרטי המבקש : דר' אבו מוך פאדי מ.ר. 135752
 תאריך : 18:28 20/05/2024
 מחלקה מייעצת : מיון אורתופדי
 הגדרת הבעיה :
 השאלה ליועץ :

תשובת היועץ סטטוס המשך תאריך נרשם ע"י חתימה

בת 60 שנה בריא בד"כ
 טענתה היום בדרך לעבודה, בזמן ירידה מרכב רכב פגע ברכב שלה ואז נחבלה בראש
 כעת מתלוננת על כאבים בראש וכאבים בין הכתפיים
 ללא תלונות נוספות

בבדיקה
 מצב כללי טוב
 עמידה והליכה תקינה מעל שתי רגליים
 אגן יציב טווחי תנועה חופשיים
 גפה עליונה ותחתונה : ללא סימני דפורמציה מניעה 4 גפיים
 בחופשיות כח גס ותחושה שמורים מעל כל התחנות

אין לראות בעיה אורתופדית חריפה
 המלצות
 מעקב רופא אורתופד בקופ"ח עוד שבוע
 נגד כאבים לפי הצורך
 בכל החרמה במצבה נא לפנות לעזרת רופא חוזרת

בדיקות עזר ודימות

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT	20/05/2024	סיבת ההפניה: חבלה. 1 - ללא עדות לדמם תוך-גולגולתי. חדרי המוח בגודל

מקרה: 11771391

מחלקה: מיון כללי

ת.ז: 58722786

א. נורית

ומיקום אנטומי תקינים. קו האמצע שמור ואין עדות לאפקט מסה. 2 -לא נצפו שברים בעצמות הגולגולת. המטומה ברקמות רכות פרונטלית משמאל.

מוח
ללא
חומר
ניגוד

סיכום ודיון

בת 60, הייתה מעורבת בתאונת דרכים, ישבה ליד נהגת, בזמן יציאה מהאוטו נחבלה בראשה ע"י אוטו אחר שמגיע מאחורה

ללא איבדן הכרה, ללא הקאות.

מצינת כאבי ראש וצוואר וגב עליון, זרמים בידיים בבדיקת כירורג במיון

מצב כללי טוב, ללא חיוורון, בהכרה מלאה

ראש ללא ממצאים חבלתיים, רגישות במצח

עיניים ללא סימני חבלה. אישונים שווים ומגיבים לאור

אוזניים ללא ממצאים חבלתיים

צוואר רגישות באספקט אחורי

חזה ובטן ללא ממצאים חבלתיים

ב CT ראש -- ללא עדות לדמם תוך-גולגולתי. חדרי המוח בגודל ומיקום אנטומי תקינים. קו האמצע שמור ואין עדות לאפקט מסה.

2 -לא נצפו שברים בעצמות הגולגולת. המטומה ברקמות רכות פרונטלית משמאל

לסיכום: משתחררת מבחינה כירורגית. נבדקה ע"י אורתופד, ראה יעוץ מצורף

סטטוס מטופל בשחרור

יציבה

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא המטפל בקהילה

נגד כאבים לפי הצורך

שתיה מספקת

חופשת מחלה: 5 ימים.

רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' מלקייב איסק מ.ר. 32943

רופאה משחררת

שם החותם
דר' מלקייב איסק מ.ר. 32943

תפקיד
רופא

זמן חתימה
20/05/2024 20:58

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

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

תאריך: 28/05/2024

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חיון נורית
ת.לדה:	08/04/1964
מס בית:	23
מס זהות:	00058722786
רחוב:	הקורל
טלפון נוסף:	4-6288853
ישוב:	בנימינה
טלפון:	52-5453356
גיל:	60.02
מין:	נ

תאריך תאונה: 20/05/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

תאור התאונה:

לאחר ביקור במיון ת.ד. בדרך לעבודה: לאחר מעורבות בת"ד לפני יומיים
היתה במיון עברה בירור גם ע"י CT מוח בשל חבלת ראש, הכול היה תקין
עדיין מתלוננת על כאבים, זרמים בידיים, חולשה
28/05/2024: לאחר ביקור במיון צילום ללא שברים, מעקב אורתופד מנוחה
שבועיים

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9590		HEAD INJURY
9249		CONTUSION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 21/05/2024	עד יום 08/06/2024	(בכלל)	סה"כ 19 ימים
28/05/2024	28/05/2024		

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

בנימינה

ד"ר אולצובסקי אלברטו **נחתם דיגיטלית**

חתימה וחומתת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומתת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795	אח/ות אחראית: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 15:18 26/05/2024

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11773665

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ז - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממונ לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי
--

שם משפחה: חיון	שם פרטי: נורית	ת. זהות: 58722786
מין: נקבה	ת. לידה: 08/04/1964	גיל: 60
כתובת: הקורל 23 בנימינה-גבעת עדה בנימינה 3051523	טלפון: 052-5453356	שם האב: דוד
מצב משפחתי: נשואה	קופ"ח: קופ"ח כללית	

נתוני ביקור
קבלה למיון: 26/05/2024 שעה: 12:03

תאריך שחרור
תאריך שחרור: 26/05/2024

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CERVICALGIA	723.1			✓			

תלונה עיקרית

כאבים בצוואר

מחלה נוכחית

בת 60 בריאה עם רגישות לאקמול

לפני כשבוע הייתה מעורבת בתאונת דרכים, נבדקה במיון ושוחררה לביתה, הגיעה עקב כאבים בצוואר שמקרינים ליד ימין.

בבדיקתה במיון-

במצב כללי יציב, נינוחה.

הולכת בתבנית תקינה.

צוואר ועמוד שדרה- ללא רגישות במישוש לכל אורכו, ROM מוגבל אנטלגית.

רגישות במישוש בטרפיזוס דו צדדי בעיקר צד ימין.

גפיים עליונות- כח גס שמור בכל התחנות.

בדיקת 10 שניות תקין, בדיקת הופמן תקין, שמורה NV.

שפונגלי ולהרמטה שליליים

צילומים - ללא עדות לשברים

במיון הוסברו הממצאים משוחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

המשך מעקב רופא מטפל

המשך טיפול נגד כאבים לפי הצורך

מנוחה שבועיים

ביקורת אצל אורתופד בקהילה בעוד שבוע

בכל מצב של החמרה בכאבים הפרעה בשליטה על סוגרים, ירידה בכוח גס, חום מעל 38.0 - יש להיבדק ע"י רופא רפואה שלמה!

מקרה: 11773665

מחלקה: מיון כללי

ת.ז: 58722786

מדינת

רגישות לתרופות

שם התרופה

תאריך רישום

03/01/2021

PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN)

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

סטטוס מטופל בשחרור

המלצות כלליות

המלצה: /

חופשת מחלה: 14 ימים.

רופאה משחררת

שם החותם
ד"ר מחאמיד אסיל מ.ר. 177624

תפקיד
רופא

זמן חתימה
26/05/2024 15:18

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



תאריך: 26/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.02	מין:	נ
ת.לידה:	08/04/1964	ישוב:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון נוסף:	4- 6288853	
מס בית:	23	טלפון:	52- 5453356					

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/05/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מצב לאחר תאונת דרכים בדרך לעבודה - 20/5/2024 -

נבדקה במיון בוצע סיטי ראש בלבד

המטופלת מתלוננת על כאבים צוואר כאבים מקרינים לשתי ידיים

חולשה זרמים בשתי ידיים מתקשה בהרמת ידיים

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה למיון	70069-ביקור במיון	H134	הודפס

סיכום והמלצות: מנוחה
בדיקה במיון

בברכה,

נחתם דיגיטלית

127461

ד"ר יוסף יאסין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

11:16 26/05/2024 תאריך:

הפניה למיון

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: חיון נורית
ת.לידה: 08/04/1964
מס בית: 23
מס זהות: 00058722786
גיל: 60.02 מין: נ
רחוב: הקורל
טלפון נוסף: 4-6288853
בנימנה ישוב: 52-5453356
טלפון: 52-5453356

32008259249

מספר הפניה:

גורם שולח



2008

מספר הפניה



032008259249

תז נבדק



58722786

מספר רשיון



127461

לכבוד: חדר מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: מצב לאחר תאונת דרכים בדרך לעבודה - 20/5/2024 -

נבדקה במיון בוצע סיטי ראש בלבד

המטופלת מתלוננת על כאבים צוואר כאבים מקרינים לשתי ידיים

חולשה וזרמים בשתי ידיים מתקש בהרמת ידיים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		BILIARY CIRRHOSIS
02/06/2017		OSTEOPOROSIS
29/06/2021		GASTRITIS HELICOBACTER PYLORI

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/02/2011	01/02/2011		VITAMIN D DEFICIENCY

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	2	VITAMIN D-1000IU ALTMAN GEL CA 1000IU
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID (SAM-ON) TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF
ביום	1	טבליות	1	.CALCICHEW D3 FORTE LEMON CHEW
ביום	2	טבליות	1	URSOLIT 300MG TAB 300mg

תאריך: 26/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.02	מין:	נ
ת.לידה:	08/04/1964	ישוב:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון נוסף:	4-6288853	
מס בית:	23	טלפון:	52-5453356	טלפון נוסף:	4-6288853			

תאריך תאונה: 20/05/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37144022263

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



7144



037144022263



58722786



022878

שירות שנבחר

קוד שירות: 70005
קוד משה"ב: 99242
שירות רפואי: תיאור רפואי
70037

בדיקה רפואית - טראומטולוגיה

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: לאחר ביקור במיון ת.ד. בדרך לעבודה: לאחר מעורבות בת"ד לפני יומיים
היתה במיון עברה בירור גם ע"י CT מוח בשל חבלת ראש, הכול היה תקין
עדיין מתלוננת על כאבים, זרמים בידיים, חולשה

סימנים חיוניים: גובה 162, 15/11/2021, משקל 62, 03/12/2023, bmi 23.62

לחץ דם 52 / 130, 22/01/2024

דופק 94, 22/01/2024

מתאריך 4/12/2023 eGFR 93.07

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9590		HEAD INJURY
9249		CONTUSION

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		BILIARY CIRRHOSIS
02/06/2017		OSTEOPOROSIS
29/06/2021		GASTRITIS HELICOBACTER PYLORI

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2011	01/02/2011		VITAMIN D DEFICIENCY

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	2	VITAMIN D-1000IU ALTMAN GEL CA 1000IU
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID (SAM-ON) TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

1 .CALCICHEW D3 FORTE LEMON CHEW

1 טבליות

1 URSOLIT 300MG TAB 300mg

2 טבליות

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

22878

ד"ר אולצובסקי אלברטו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



תאריך: 28/05/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.02	מין:	נ
ת.לידה:	08/04/1964	ישו:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון נוסף:	4-6288853	
מס בית:	23	טלפון:	52-5453356					

מספר הפניה: 37144022420

גורם שולח



7144

מספר הפניה



037144022420

תז נבדק



58722786

רשיון רופא



022878

שירות שנבחר

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

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 26/05/2024:

לאחר ביקור במיון ת.ד. בדרך לעבודה : לאחר מעורבות בת"ד לפני יומיים
היתה במיון עברה בירור גם ע"י CT מוח בשל חבלת ראש, הכול היה תקין
עדיין מתלוננת על כאבים, זרמים בידיים, חולשה
28/05/2024: לאחר ביקור במיון צילום ללא שברים, מעקב אורתופד מנוחה
שבועיים

סימנים חיוניים: גובה 162 15/11/2021 משקל 62 03/12/2023 bmi 23.62

לחץ דם 130 / 52 22/01/2024

דופק 94 22/01/2024

14/12/2023 מתאריך 93.07 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		BILIARY CIRRHOSIS
02/06/2017		OSTEOPOROSIS
29/06/2021		GASTRITIS HELICOBACTER PYLORI

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2011	01/02/2011		VITAMIN D DEFICIENCY

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	2	VITAMIN D-1000IU ALTMAN GEL CA 1000IU
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID (SAM-ON) TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF
ביום	1	טבליות	1	.CALCICHEW D3 FORTE LEMON CHEW
ביום	2	טבליות	1	URSOLIT 300MG TAB 300mg

נחתם דיגיטלית

22878

ד"ר אולצובסקי אלברטו

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 03/07/2024

הפניה לרפואה תעסוקתית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.03	מין:	נ
ת.לידה:	08/04/1964	ישוב:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון נוסף:	4-6288853	
מס בית:	23	טלפון:	52-5453356	תאריך תאונה:	20/05/2024			

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37144023384

מספר הפניה:

גורם שולח



7144

מספר הפניה



037144023384

חז נבדק



58722786

מספר רשיון



022878

שירות שנבחר

שירות רפואי
700052

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב
70005 99242 בדיקה רפואית - רפואה תעסוקתית

שם החברה: מועצה בנימינה ומתנס

תפקיד: סעיית גן ילדים

כתובת החברה: בנימינה

סימנים חיוניים: גובה 162 15/11/2021 משקל 62 03/12/2023 bmi 23.62

לחץ דם 130 / 52 22/01/2024

דופק 94 22/01/2024

מתאריך 14/12/2023 eGFR 93.07

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
9590		HEAD INJURY
9249		CONTUSION

דיון/תוכנית טיפולית
:26/06/2024 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
:28/05/2024 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
ההפניות שהופקו ב :26/05/2024
הפניה לרפואה יועצת - 70005 בדיקה רפואית - טראומ
:28/05/2024
ההפניות שהופקו ב :28/05/2024
הפניה לפיזיותרפיה - 80015 פיזיותרפיה אבחון וב
:26/06/2024
:03/07/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		BILIARY CIRRHOSIS
02/06/2017		OSTEOPOROSIS
29/06/2021		GASTRITIS HELICOBACTER PYLORI

בעיות בעבר

הפניה לרפואה תעסוקתית
חיון נורית
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
03/07/2024
הודפס ע"י ד"ר אולצובסקי אלברטו
00058722786

09:14 03/07/2024 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.03	מין:	נ
ת. לידה:	08/04/1964	ישוב:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון:	4-6288853	מס בית:
מס בית:	23	טלפון:	52-5453356	תאריך תאונה:	20/05/2024	סוג תאונה:	2 תאונת עבודה	מספר הפניה:

37144023382

מספר הפניה:

גורם שולח



7144

מספר הפניה



037144023382

תז נבדק



58722786

מספר רשיון



022878

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומויגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9590	HEAD INJURY	
9249	CONTUSION	

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/06/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/05/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/05/2024

לאחר ביקור במיון ת. ד. בדרך לעבודה: לאחר מעורבות בת"ד לפני יומיים
היתה במיון עברה בירור גם ע"י CT מוח בשל חבלת ראש, הכול היה תקין
עדיין מתלוננת על כאבים, זרמים בידיים, חולשה
28/05/2024 לאחר ביקור במיון צילום ללא שברים, מעקב אורתופד מנוחה
שבועיים

26/06/2024 עדיין כאב צוואר ידיים נירדמות

03/07/2024 ידיים נירדמות יותר ימין נימול צריבה

סימנים חיוניים: 15/11/2021 162 משקל 62 03/12/2023 bmi 23.62

22/01/2024 130 / 52 לחץ דם

22/01/2024 94 דופק

14/12/2023 מתאריך 93.07 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/06/2024

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/05/2024

ההפניות שהופקו ב 26/05/2024

הפניה לרפואה יועצת - 70005-בדיקה רפואית - טראומ
28/05/2024

ההפניות שהופקו ב 28/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
26/06/2024

03/07/2024

תאריך: 03/07/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חיון נורית	מס זהות:	00058722786	גיל:	60.03	מין:	נ
ת.לדה:	08/04/1964	ישוב:	בנימינה	רחוב:	הקורל	טלפון נוסף:	4-6288853	
מס בית:	23	טלפון:	52-5453356					

20/05/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37144023383

מספר הפניה:

גורם שולח



7144

מספר הפניה



037144023383

תז נבדק



58722786

מספר רשיון



022878

שירות שנבחר

שירות רפואי
70023

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב
70023 L9270 בדיקה רפואית - נירולוגיה

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/06/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/05/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/05/2024
לאחר ביקור במיון ת. ד. בדרך לעבודה : לאחר מעורבותה בת"ד לפני יומיים
היתה במיון עברה בירור גם ע"י CT מוח בשל חבלת ראש, הכול היה תקין
עדיין מתלוננת על כאבים , זרמים בידיים, חולשה
28/05/2024 לאחר ביקור במיון צילום ללא שברים , מעקב אורתופד מנוחה
שבועיים
26/06/2024 עדיין כאב צוואר ידיים נירדמות
03/07/2024 ידיים נירדמות יותר ימין נימול צריבה

סימנים חיוניים: גובה 162 15/11/2021 משקל 62 03/12/2023 bmi 23.62

לחץ דם 52 / 130 22/01/2024

דופק 94 22/01/2024

14/12/2023 מתאריך 93.07 eGFR

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
HEAD INJURY		9590
CONTUSION		9249

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/06/2024
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/05/2024
ההפניות שהופקו ב 26/05/2024
הפניה לרפואה יועצת - 70005-בדיקה רפואית - טראומה
28/05/2024
ההפניות שהופקו ב 28/05/2024
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
26/06/2024
03/07/2024

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

ה לרפואה יועצת

03/07/2024

הודפס ע"י ד"ר אולצובסקי אלברטו

00058722786

נורית

תאריך 04/09/2024

סיכום טיפול

פרטי המטופל

חיון נורית		שם משפחה ושם פרטי	
00-05872278-6	מס זהות	60.05	גיל
08/04/1964	ת. לידה	נ	מין
שם האב	דוד	שם האב	שם האב
52	5453356	23	מס בית
טלפון נוסף	טלפון	רחוב	בנימנה
			ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240511095 מספר זיהוי הפניה: 37144022420

תאריך הפניה: 28/05/2024

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אולצובסקי אלברטו

ת. תאונה: 20/05/2024
רשיון רופא: 22878

מרפאה: מרפאת בנימנה

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
מרכז		CONTUSION

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
צד צדדי	923	CONTUSION UPPER LIMB

תאריך תחילת טיפול: 24/06/2024

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
6	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
12	הדרכה לתרגול בבית
2	טיפול ב-Hot Pack
2	הערכה מחדש- בדיקה
5	טיפול ברקמה רכה
2	תרגול כללי
2	טיפול ב-TENS

דף 1 מ 2

04/09/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-05872278-6 הודפס ע"י רעות רייפן

סיכום טיפול

חיון נורית

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	דו צדדי	8	

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: מטפלת במכון לאחר חבלה צווארית קיימות הפרעות במערכת שלד שריר, מערכת וסטיבולרית ומערכת אוקולומוטורית בגין כולן מטופלת במסגרת פרטנית אצל מספר מטפלים במכון. שאלון תפקודי בהתחלה 76, היום 53 (הטבה) מצב כיום: טווחי צוואר- FLX 90% , EXT 20% קושי במעקב מבט ובסביבה עם גירויים רבים קיימת סחרחורת במעברים מתארת נימולים ותחושת כובד לאורך יד ימין כאבים בצוואר וכתף ממשיכה בטיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
04/09/2024
25/08/2024
07/08/2024
29/07/2024
08/07/2024
01/07/2024
26/06/2024
24/06/2024

רעות רייפן
מחוז שרון-מזרח
פיזיותרפיסטית PTB
ת.ד. 10-169933
חתימה: רעות רייפן
04-6172

רעות רייפן

שם מטפל



דף 2 מ 2
04/09/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י רעות רייפן 00-05872278-6

סיכום טיפול

חיוו מרית

נסרק עם CamScanner

תאריך 18/12/2024

סיכום טיפול

פרטי המטופל

חיון נורית		שם משפחה ושם פרטי		00-05872278-6		60.08	נ	08/04/1964	דוד
בנימניה		הקורל		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
ישוב		רחוב		מס בית		23		52	טלפון נוסף
				/				5453356	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240512269 מספר זיהוי הפניה: 37144024922

תאריך הפניה: 18/08/2024

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אולצובסקי אלברטו

מרפאה: מרפאת בנימניה

מקצוע: רופא כללי

רשיון רופא: 22878

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			OSTEOPOROSIS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	3861	VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

תאריך תחילת טיפול: 09/09/2024 תאריך סיום טיפול: 18/12/2024

מס' ביקורים בפועל: 2 פרטני: 2

מס' אי הופעות לטיפול: 3

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט	הדרכה לתרגול בבית
1			
1			

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

כאבים:

דיוג בעת סגירת הסידרה	דיוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
			לא רלוונטי

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: המטופלת טופלה במכוננו עקב - סחרחרות או תחושה חוסר יציבות ומיקוד לאחר חבלה בראש מצד שמאל בתאונת דרכים בחודש מאי.
עברה בדיקה לאחר ייעוץ עם רופא משפחה לבוא לטיפול וויסטבולרי במסגרת שלנו.
בבדיקה של HALL PIX DIX דו"צ תקין
ROLL TETS תקין
מבחני אקולמוטרים תקינים.
בדיקת והתרשמות לבדיקת מרכזית תקינה.
כרגע הודרכה לתרגילי אדפטציה לתנועה סיבובית של הראש, כיפוף קדימה, ולעמוד עם עיניים עצומות.
כרגע הופנתה לבדיקה של אף אוזן גרון ותרגול למשך חודש.
במידה וחל החמרה לחזור תוך חודש.

המטופל ביקר במכון בתאריכים: 18/12/2024
09/09/2024

מישל רנצנברג

שם מטפל

124470

מספר רשיון

סניף יתומה וחותרמת
מ.ר. סניף יתומה וחותרמת
כדינות יתומה וחותרמת
מכון סניף יתומה וחותרמת



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 29 עד 29)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25 /

בבית משפט השלום
בנתניה

נוריות חיון- נ ג ד כלל חברה לביטוח בע"מ

התובעת, נורית חיון, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי ובתחום האף, אוזן וגרון לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים "הלל יפה" בחדרה, 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 התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 31 עד 33)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ח'ן	שם פרטי	נ'יה	תעודת זהות	58722786	שם האב	ק'ק
הק'לה	23	עיר	א'נה	מיקוד	3051523	טלפון	052343356
רחוב	מס'						

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 מותן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 2.2.25 עד לחתימה ומס' 62254 חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, לוי חיים, מס' 58322786, מרחוב הקאה 22 מילנה, ת.ז.ח.פ. מס' 58322786

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 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 2 לחודש 2 שנה 2015

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

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 לוי'ת ח"ן בעל ת.ז. 58722786 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט מס'ם ב נתניה 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 ח"ן לוי'ת
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל כרימ מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 7.2.25
הופיע/ה בפני לוי'ת ח"ן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
58722786 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן י/הא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל כרימ
מס' רשיון: 62254
חתימת עורך הדין