

תאריך חתימת המסמך : 19.2.25

התובע:

אילי בשן, ת"ז 214436768
מרחוב ישראל גורי 11, תל אביב יפו 6676011
טלפון : 0509762281

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 –

הנתבעים:

1. **אלעד משומר, ת"ז 212287189**
מרחוב ישראל מסלנט 5, תל אביב

2. **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל' : 03-9424300; פקס : 03-9620303
דוא"ל : poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה



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

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

חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1 הינו מי שהיה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 84-880-94 (להלן: **"הרכב/האופנוע"**).
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. התובע, יליד 23.09.2003, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסע ברכב.

רצ"ב העתק תעודת חובה, מסומן **"כנספח 1"**.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. התובע, חייל ביחידת מודיעין מסווגת, מתקשה בביצוע תפקידו מחמת התאונה ותוצאותיה, הוא מתקשה בביצוע תפקידו ובביצוע עבודתו נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 05.04.2024, בשעה 12:00 או בסמוך לכך, בסמוך לפארק צ'ארלס קלור, בסמוך לחוף ימה של תל אביב, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י הנתבע 1, מעורב בתאונה עם רכב והתובע, נפל, נפגע ונחבל בגופו (להלן: **"התאונה"**).
9. למקום התאונה הגיע צוות מד"א אשר פינה את התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בפלג גופו השמאלי, שפשופים וחבלות בברך, בשוק, בקרסול ובכף רגל שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 5 ימים.

10. התובע אשר סבל מהחמרה בכאבים והגבלה בתנועות רגל שמאל, כולל קושי בהליכה וצליעה, נאלץ לחזור למחרת היום לקבלת טיפול במיון בית החולים איכילוב. לאחר טיפול רפואי שכלל תרופות לשיכוך כאב שוחרר התובע לביתו, בהנחיה לשמירה על גפה מורמת, שמירה על חיטוי והיגיינה של הרגל, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 7 ימים.

11. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים ברגל וכף רגלו השמאלית, כמו גם, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, פנה לקבלת טיפול רפואי והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים והמלצה למנוחה.

12. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב הופנה להמשך טיפול שמרני וביצוע בדיקות הדמיה המכוונות לצוואר ולגב.

13. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה, אולם, המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב והוחלט להפנותו להמשך טיפול וטיפול במסגרת רפואה משלימה בנוסף.

14. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ביומה נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם קושי והגבלה בתפקוד היומיומי והוחלט להפנותו להמשך טיפול אורתופדי.

15. התובע פנה לקבלת טיפול אורתופדי ובשים לב לכאבים ולהגבלה שונתרו בתנועות הצוואר והגב הוחלט להפנותו להמשך טיפול רפואה משלימה במכבי טבעי והפניה להמשך טיפול במסגרת מרפאת כאב.



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

16. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות ברך וכף רגל שמאל, מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בנשיאה וציוד, מקושי בהרמת משאות, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, מחוסר יציבות, מכאבים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

17. התובע מתנדב לשירות ביחידת מודיעין מסווגת, מחמת התאונה ותוצאותיה נפגע כושר השתכרותו, הוא מתקשה בביצוע עבודתו ומטלותיו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן, ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

19. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 75,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 20,250
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 12,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 20,250

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות ונסיעות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.



פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם, 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
נספח 1: תעודת חובה (עמודים 7 עד 7)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 9 עד 28)	9
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 30 עד 30)	30
נספח 4: תצהיר (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 5: יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית (עמודים 34 עד 36)	34



נספח 1 :

תעודת חובה

(עמודים 7 עד 7)



מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב ממנע (נוסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

תעודת ביטוח הכוללת השתתפות עצמית

השתתפות עצמית בבזק שאינו נזק ממון עד - 25,000 ש"ח, ואובדן השתכרות עד 7 ימי אובדן השתכרות. אחוז הנחה בפוליסה זו 30% סכום דמי הביטוח שהופחתו בשל הכללת התניה של השתתפות עצמית 1378.0 ש"ח.

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר אחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה: <https://www.pool.org.il>
כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו – ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח"אצ"ל 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, email: mail@pool.org.il היום מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הסוכן	מס' הסוכן	חותמת הבנק
203-502302802423-00	9488084	הפול-סוכן להצעה	50	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") סכום: 4,380.00 ש"ח שולם באמצעות בנק אגוד חן: 063 - 20403/58 17:06 2/07/2023
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ח"פ	מס' סוכן משני	מס' פוליסה	מס' שילדה
משומר אלעד	212287189			EBLDHC400194
כתובת בעל הפוליסה	סוג רכב לצורך ביטוחו	שם היצרן והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב
ישראל מסלנט 5 תל אביב - יפו	אופנוע	דיאלים	124	2018
מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוחו	שם היצרן והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב
EBLDHC400194	אופנוע	דיאלים	124	2018
סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע - נהג נקוב בשם	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד

בלי חותמת הבנק על תעודה זו – אין לה תוקף.

מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוחו	שם היצרן והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב	שנת ייצור	מס' נוסעים
EBLDHC400194	אופנוע	דיאלים	124	2018	2018	כולל נהג
סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע - נהג נקוב בשם	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשימויים בכתב יד

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 2/07/2023 מועד פקיעת הביטוח: 1/07/2024. בחצות. פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר <https://www.pool.org.il>

ת"ז 212287189 משומר אלעד בלבד

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בסעיף 7 (ב) בתחתית התעודה.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרת השימוש המותרת ברכב: חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א)(1) שבתחתית התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות:

כמפורט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים: 6(א)(2), 6(א)(3), 6(א)(4), 6(א)(6).

הרבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS: לא, מע' EBA: לא, מע' CBS: כן, מע' ASC: לא, מע' ABS: לא.

משרד ביטוח הפוליסה

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ס"ח: 4,380.00 דמי ביטוח: יום ושעת הוצאה: 8/04/24 17:38 מספר ימי ביטוח: 366

נפח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 2023, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/נהג: שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת". פרטית

תעודה לביטוח רכב חובה

מטרות השימוש המותרות

(א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:

(1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפיסקאות (2) עד (4) להלן;

(2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מסעם רשות הרישוי ("סטס") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה משתלמת מעשיית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוים במפורש בתעודת הביטוח;

(3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;

(4) מטרה עסקית של חילוף או גרירה של רכב מנוע, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב ממנוע על בסיס חוזה שכירות אם המשיך השכיר את הרכב דרך עוסק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "חוזה שכירות" – למעט חוזה לייסג – תפעול או חוזה מקח – אגב שכירות (ליסינג מימון).

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12 (ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו - 2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב ממנוע למטרות ספורט מוטורי של מירוצי כלי רכב שנעשה ביגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה" – "נהיגה ספורטיבית", "רקע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, "רישיון כלי תחבורה" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב למטרות שלא צוינו בפירוט בתעודת הביטוח. פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב על ידי מי שלא הורשה בפירוט בתעודת הביטוח.

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 9 עד 28)



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 05/04/2024

ארוע: 2114

מספר טופס: 17513559

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 214436768

שם משפחה: בשן

שם פרטי: אילי

מין: זכר

תאריך לידה: 23/09/2003

גיל: 20

כתובת: תל אביב - יפו, גורי ישראל, 11

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: צה"ל

נייד: 0509762281

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: תל אביב יפו, פרופסור יחזקאל קויפמן, 2

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה בגפיים

מחלה נוכחית: בהגיענו תד בין אופנוע לרכב 2 רוכבים על האופנוע, מהלכים במקום בהכרה מלאה, כבן 20 מתלונן על חבלות ושפשופים ביד שמאל ורגל שמאל עם דימום קל
ללא חבלת ראש או איבוד הכרה, היה עם קסדה, מהירות נמוכה, חבירו על האופנוע נפגע בנוסף
בבדיקה ללא סימני מצוקה נשימתית הנראת לעין, ללא חיוורון או הזעה, ללא בחילות או הקאות או סחרחורות, ללא חבלות נוספות הנראות לעין ללא ממצאים חריגים נוספים
פונה לבקשתו למיון איכילוב להמשך טיפול וברור

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: Diabetes Melitus

תרופות: ללא מידע רפואי זמין

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין



בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1152 - בדיקה 1	
13:55	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נושם	נשימות
18	קצב נשימה
סדיר	דופק
86	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית
	בדיקות נירולוגיות
תקין	דיבור

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1152 - בדיקה 1	
13:55	בדיקות
99	SPO2 באוויר החדר
126/80	לחץ דם

אבחנה משוערת: חבלה בגפיים

טראומה:

שוק שמאל: כאב
כף רגל שמאל: דימום קל, שפשוף, כאב
זרוע שמאל: כאב
אמה שמאל: שפשוף, כאב

טיפול

אמבולנס מס' 1152 - בדיקה 1	
13:55	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1152 - בדיקה 1	



פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: תאונת צד, רוכב אופנוע

הערות

בליווי חבירו

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל

המבקש : חולה עצמו

מקום האירוע : פרופסור יחזקאל קויפמן 2 תל אביב יפו

קוד מבצעי: 1152

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 14:14

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

נשימות לדקה: 18

דופק ספונטני: סדיר

דופק לדקה: 88

לחץ דם: 128/80

יעד פינוי

יעד: בית חולים

שם בית החולים: איכילוב- תל-אב

מחלקה: מלר"ד פנימי

נמסר ל: לאה

זמנים

קבלה 13:47 : יציאה 13:48 : הגעה 13:55 : מפנה 14:02 : ביעד 14:14 :

אנשי צוות

שם הנהג : יוסף וולמרק חתימה :



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסגרת לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראית: מר בן רוזנבליט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: בשן	שם פרטי: איליי	ת.ז.: 214436768
תאריך לידה: 23/09/2003	גיל: 20	טלפון: 050-9762281
מין: זכר	מבוסס בקופה: ללא קופ"ח	כתובת: ישראל גורי 11 תל אביב - יפו 6676011

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 14:34 05/04/2024 מספר מקרה: 13144173

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

ת.דרכים

מחלה נוכחית

בן 20

בריא

ללא מדלל דם

לא ידוע על אלרגיה לתרופה

מחוסן לטטנס ב- 5 שנים האחרונות

שעה טרם קבלתו נסע על אופנוע, נכנס בו רכב, נפל על פלג גוף שמאל
ללא חבלת ראש/אובדן הכרה/בחילות או הקאות

במלר"ד

=====

מדדים: חום 36.7 לח"ד 148/98 דופק 91 סטורציה בא"ח 99%

בבדיקות

A נושם, מדבר* צוואר: ללא רגישות מידליין

B סטורציה שמורה, ללא רגישות בצלעות* ריאות: כניסת אוויר טובה שווה דוץ ללא חרחורים או צפצופים

C ללא סימני קיפוח המודינמי

D גלגו 15, אישונים PERRLA, מניע 4 גפיים

E רגישות שפשושים קרסולוקף רגל שמאל

בטן - רכה, לא רגישה

עמ"ש - ללא רגישות מידליין לכל אורכו

בצילום - ללא ממצא גרמי חריף

אבחנות במיון

אבחן	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
ACCIDENT - MOTOR VEHICLE	E819.9			✓			

טופס הזמנה לרנטגן מיון

מתאריך: 05/04/24 שעה: 15:00

נתונים דמוגרפיים

שם: בשן אילי

ת.ז: 21443676-8

מקרה: 0013144173

גיל: Y20

מין: זכר

פרטי ההזמנה

יחידה רפואית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה

יחידה סיעודית מזמינה: מלרד

חדר-/מיטה-

טלפון ביחידה המזמינה: 3686

מספר הזמנה: 37616786

תאריך רצוי:

שעה רצויה:

עדיפות: ללא עדיפות

ד.ז.הום:

נתוני הזמנה

תולדות מחלה:

רשימת שאלות:

אבחנה:

סוג שינוע:

מאפיינים מיוחדים:

שירותים מוזמנים

שירות	תיאור שירות	טקסט משלים	לוקליזציה	כמות	צום
ME10190	צילום כף רגל		שמאל	1	
ME10192	צילום קרסול		שמאל	1	

רופא מזמין: יר.דור

מ.ר.ר:

חתימה

05.04.2024 15:51

הודפס ב:

טופס הזמנה עמוד 1 מתוך 1

תאריך ושעת ההדפסה: 21:15 06/04/2024
חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוגל לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל' 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה	אח/ות אחראי/ת: מרבין רוזנבליט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: בשן	שם פרטי: איליי	ת.ז.: 214436768
תאריך לידה: 23/09/2003	גיל: 20	טלפון: 050-9762281
מין: זכר	מבוטח בקופה: ללא קופ"ח	כתובת: ישראל גורי 11 תל-אביב - יפו 6676011 תל-אביב - יפו

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 06/04/2024 17:56 מספר מקרה: 13144700

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 20

ברקע סכרת חיסון טטנס בתוקף מהצבא

יממה טרם קבלתו היה במלר"ד לאחר החלקה מאופנוע ושפשופים במרפק וכף רגל שמאל. שוחרר לביתו בתום הבדיקה.

כעת חזר עקב החמרה בכאבים ונפיחות בכף הרגל. ללא חבלה חוזרת ללא חום

בבדיקה -

נושא משקל בצליעה אנטלגית

שפשופים שטחיים לטרליים בכף רגל שמאל

נפיחות באזור

ללא סימני זיהום

ללא רגישות גרמית בקרסול ובכף הרגל

מניע קרסול וברהומת לטווחים מלאים

ללא המטומה פלנטרית

תחושה דיסטלית שמורה

מילוי קפילרי תקין

בצילום - ללא ממצא גרמי חריף. הסתיידות מתאימה לממצא כרוני סביב הקובואיד

משוחרר עם ההמלצות הבאות

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	TX	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
LIMB PAIN	729.5	Left		✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

INSULIN HUMALOG MIX 25 CRT
100 UNIT /1mL

unit

נתונים קליניים
מדדים

תאריך ושעה	18:12 06/04/2024
כאב	5
פעולות	
תאריך ושעה	20:14 06/04/2024
חבישה	
בוצע	
מדדים לרופא מדדים	
תאריך ושעה	18:12 06/04/2024
כאב	5

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מימן ומימן
OPTALGIN DRP 500 MG/ML drp 1000 mg	Once	18:13 06/04/2024	drp 1000 mg P.O
		אבו רביע מועתז	

סיכום

כמפורט

המלצות כלליות

המלצה:

שינוי כאב לפי הצורך
דריכה והפעלה לפי יכולת ללא מאמצים בשבוע הקרוב
רגל מורמת במנוחה
קירור מקומי ביומיים הראשונים
שמירה על היגיינה של השפשופים - רחצה יומית במים זורמים וסבון וחבישה עם פולידין לאחר מכן
ביקורת רופא דרך הצבא בעוד כשבוע במידה ואין שיפור בכאבים
אין להיכנס לים או בריכה עד להחלמת השפשופים
חופש מחלה 7 ימים
בכל החמרה לרבות חום, חום מקומי, אודם, הפרשה מוגלתית יש לשוב לבדיקה במיון
חופשת מחלה: 7 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הוזרק לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
חזות ימית	אחות משחררת	06/04/2024 21:15

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אלבו איתי מ.ר. 158651	רופאה משחררת	06/04/2024 21:13

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.

מסמכים נלווים

תאריך: 21/04/2024

מ.ר גורם מפנה



026495

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

טלפון: 05-6811387

קוד הפניה: 375065186

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

שם פרטי: אילי		שם משפחה: בשן		פרטי הנבדק:	
ת.ז.: 214436768	טלפון: 0502762281	ת.לדה: 23/09/2003	מין: ז	0214436768	
טל. עבודה/נייד: 0502762281	מיקוד: 6676011	גורי ישראל 11, תל אביב-יפו		כתובת:	

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונות דרכים

תלונות: בביקור בתאריך 14/04/2024 בשעה 12:48:26 היה מעורב בתאונת דרכים פנה למיון - ללא ממצא ברנטגן סובל מכאבים בכף הרגל גב צוואר קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 ממשיך לסבול מכאבי גב תחתון צוואר צילום בוצע: רק ברקל

ממצאים: בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 מצב כללי טוב הצוואר מוגבל בתנועות לצד ימין כאבים בגב התחתון בשינוי תנוחה

אבחנה:

- DIABETES MELLITUS TYPE 1
- CONTUSION BACK
- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

• DIABETES MELLITUS JUVENILE ONSET (10/2008)

תרופות קבועות:

- INS TREGLUDEZ 5PEN X 3ML X1X90
- INS HUMALOG KWIKP 5PEN X 3ML X1X90

מעשג/ת: לא

סיבת ההפניה: כאבי צוואר גב תחתון

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/04/2024 עד תאריך - 18/10/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

21/04/2024

תאריך

חתימה וחותמת

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



טלפון: 03-6811387

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בשן	שם פרטי: איליי
ת.ז.: 214436768	טלפון: 0502762281
ת.לידה: 23/09/2003	מין: ז
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	טל. עבודה/נייד: 0502762281
0214436768	מיקוד: 6676011

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 12/05/2024 עד יום: 16/05/2024 סה"כ: 5 ימים.

12/05/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





026495



קוד הפניה: 376485380

טלפון: 03-6811387

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בשן	שם פרטי: איליי	ת.ז.: 214436768
ת.לידה: 23/09/2003	מין: ז	טלפון: 0502762281	טל.עבודה/נייד: 0502762281
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	מיקוד: 6676011		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 14/04/2024 בשעה 12:48:26 היה מעורב בתאונת דרכים פנה למיון - ללא ממצא ברנטגן סובל מכאבים בכף הרגל גב צואר קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 ממשיך לסבול מכאבי גב תחתון צואר צילום בוצע רק ברגל

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

ממצאים: בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 מצב כללי טוב הצואר מוגבל בתנועות לצד ימין כאבים בגב התחתון בשינוי תנוחה

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

אבחנה:

- DIABETES MELLITUS TYPE 1
- CONTUSION BACK
- CERVICALGIA

מעשנת: לא

- DIABETES MELLITUS JUVENILE ONSET (10/2008)

בעיות ידועות:

- INS TREGLUDEC 5PEN X 3ML X1X90
- INS HUMALOG KWIKP 5PEN X 3ML X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעת

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/05/2024 עד תאריך - 01/11/2024

05/05/2024

חתימה וחותמת

תאריך



קוד הפניה: 376485380

טלפון: 03-6811387

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: בשן		שם פרטי: אילי		ת.ז.: 214436768	
ת.לדה: 23/09/2003		מין: ז		טלפון: 0502762281		טל. עבודה/נייד: 0502762281	
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו		מיקוד: 6676011		קוד הפניה: 376485380		0214436768	

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 14/04/2024 בשעה 12:48:26 היה מעורב בתאונת דרכים פנה למיון - ללא ממצא ברנטגן סובל מכאבים בכף הרגל גב צוואר קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 ממשיך לסבול מכאבי גב תחתון צוואר צילום בוצע רק ברגל

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

ממצאים: בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53 מצב כללי טוב הצוואר מוגבל בתנועות לצד ימין כאבים בגב התחתון בשינוי תנוחה

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 21/04/2024 בשעה 12:03:53

בביקור בתאריך 05/05/2024 בשעה 10:12:06

אבחנה:

- DIABETES MELLITUS TYPE 1
- CONTUSION BACK
- CERVICALGIA

מעשנות: לא

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS JUVENILE ONSET (10/2008)

תרופות קבועות:

- INS TREGLUDEC 5PEN X 3ML X1X90
- INS HUMALOG KWIKP 5PEN X 3ML X1X90

מטרת ההפניה: חוות דעת

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הגך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/05/2024 עד תאריך - 01/11/2024

05/05/2024

תאריך

חתימה וחותמת

תאריך: 12/05/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' אמינוב לידיה

רפואת ילדים

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-6811387

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בשן	שם פרטי: אילי
ת.לידה: 23/09/2003	מין: ז
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	טלפון: 0502762281
0214436768	ת.ז.: 214436768
0502762281	טל.עבודה/נייד: 0502762281
מיקוד 6676011	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 12/05/2024 עד יום: 16/05/2024 סה"כ: 5 ימים.

12/05/2024

תאריך

חתימה וחתימות הרופא



תאריך: 20/05/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' אמינוב לידיה

רפואת ילדים

מר גורם מפנה



026495

מסמך אשר
דיגיטליזציה
מכבי

טלפון: 03-6811387

כתובת: רח' הקשת 3, ת"א

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: אילון	שם משפחה: בשן
ת.ז.: 214436768	ת.לדה: 23/09/2003
טל.עבודה/נייד: 0502762281	מין: ז
טלפון: 0502762281	כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו
מיקוד: 6676011	0214436768

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 19/05/2024 עד יום: 23/05/2024 סה"כ: 5 ימים.

20/05/2024

תאריך

חתימה וחוקמת הרופא



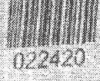
מכבי שירותי בריאות

תאריך: 02/06/2024

מ.כ. אורס עפנה



0054757570



022420

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

036995053

טלפון:

קוד הפניה: 380902220

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו (מגדל הקניון קומה 6 חדר 608)

ד"ר ברונק שלמה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בשן

שם פרטי: אילון

ת.ז.: 214436768

ת.לידה: 23/09/2003

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0509762281

טלפון:

כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו



0214436768

מיקוד: 6676011

מכון דיאגנ

הבדיקה הדרושה

קוד

2040

2020

2100

עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

עמוד שדרה צווארי 1 צילום דנס

עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה:

דחיפות הפענוח: רגיל

אבחנה:

בעיות ידועות:

מעשית: לא

• BACKACHE

• DIABETES MELLITUS JUVENILE ONSET (10/2008)

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/06/2024 עד תאריך - 29/11/2024

02/06/2024

חתימה וחותמת:

תאריך:

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

חלקי עליון וחלק תחתון. באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

bronak.com/mail

bronak.com

תאריך: 02/06/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר ברונוק שלמה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



022420



טלפון: 036995053

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו (מגדל הקניון, קומה 6 חדר 608)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בשן	שם פרטי: אילי
ת.ז.: 214436768	טלפון: 0509762281
ת.לדה: 23/09/2003	מין: ז
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	מיקוד: 6676011
0214436768	

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר אמינוב לידה

בבדיקה שנעשתה ב: 02/06/2024

עקב: בן 20 T1D

ת.ד אופנוע 05.4.2024 נבדק במיון נעשו צילומי כף רגל לא היו כאבי בהדרגה כאבי צוואר וגב תחתון. טופל במשככי כאב

מומצאים: הגבלה בתנועות צידוד הצוואר ללא פחת NV בגפיים ללא רגישות ממקומות מעל עמש צווארי גבימותני ללא ליסט ללא פחת NV בגפיים
<< צילומים פיזותרפיה אנלדטיקה לפיהכאב

אבחנה:

• BACKACHE

תרופות שניתנו:

PHYSI-CARE MAC 1% X 100G - { (למשך 15 ימים) X 1 }
CELCOX 200MG X 10 - { (למשך 20 ימים) X 1 }

סיכום והמלצות: אנלדטיקה לכאב פיזותרפיה רפואה משלימה

02/06/2024

☒ הפק ללא הדפסה

תאריך

חתימה וחזותמת הרופא



תאריך: 25/07/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



022420

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

טלפון: 036995053

ד"ר ברונק שלמה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו (מגדל הקניון, קומה 6 חדר 608)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בשן	שם פרטי: אילי	ת.ז.: 214436768
ת.לדה: 23/09/2003	מין: ז	טלפון: 0509762281	טל. עבודה/נייד: 0509762281
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	מיקוד: 6676011		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר ליברמן אליעזר

בבדיקה שנעשתה ב: 25/07/2024

עקב: בביקור בתאריך 02/06/2024 בשעה 16:20:10
בן 20 T1D

ת.ד אופנוע 05.4.2024 נבדק במיון נעשו צילומי כף רגל לא היו כאבי בהדרגה כאבי צוואר וגב תחתון. טופל במשככי כאב

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:19:27

ממצאים: בביקור בתאריך 02/06/2024 בשעה 16:20:10 הגבלה בתנועות צידוד הצוואר ללא פחת NV בגפיים << צילומים פיזותרפיה אנלדטיקה לפיה כאב

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:19:27 החל פיזותרפיה עדיין כאב בגב תחתון והצוואר SLR שלילי דטצדדי ללא ליסט ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא רגישות מעל עמש מותני. << NSAID רפואה משלימה

דיון ואבחנה מبدלת:

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:19:27

אבחנה:

• BACKACHE

תרופות שניתנו:

ETOPAN XL 600MG X 20 - (למשך 20 ימים) { 1 X 1 }
PHYSI-CARE MAC 1% X 100G - (למשך 15 ימים) { 1 X 1 }

סיכום והמלצות: NSAID פיזותרפיה

25/07/2024

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 30/09/2024

מ.ר גורם מפנה



176364

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

בנארי טרגמן טל

פיזיותרפיה

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: בשן		שם פרטי: אילני		ת.ז.: 214436768	
ת.לידה: 23/09/2003		מין: ז		טלפון: 0509762281		טל.עבודה/נייד: 0509762281	
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו		מיקוד: 6676011		0214436768		0214436768	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/09/2024

214436768

ת"ז:

בשן אילני

מ/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:
 DIABETES MELLITUS TYPE 1 •
 CONTUSION BACK •
 CERVICALGIA •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל יחזור לשחק כדורסל תוך חודש וחצי			04/06/2024
המטופל ירוץ 500 מטרים ללא P תוך חודש			04/06/2024

טופל החל מ- 04/06/2024

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	35	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	7	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE
GROUP OPEN

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

TELEPHONE TREATMENT
REFER GROUP THERAPY
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

מכבי שירותי בריאות
מכון פיזיותרפיה

חתימה

תאריך: 30/09/2024

מ.ר גורם מפנה



176364

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

בנארי טרג'מן טל

פיזיותרפיה

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בשן	שם פרטי: אילון
ת.לידה: 23/09/2003	מין: ז
כתובת: גורי ישראל 11, תל אביב - יפו	טלפון: 0509762281
0214436768	ת.ז.: 214436768
מיקוד: 6676011	

סה"כ 10 ביקורים

הערות:

בן 20, מ"א ת.ד עם אופנוע 5.4.24. בנפילה צידית לשמאל. כיום מלין על כאבי גב צוואר אחרי פיזיותרפיה - ללא שינוי ברמת הכאב. ברקע סכרת טיפ 1 מאוזנת. ישיבה ממושכת מגביר כאב. מגביל בתפקוד יום יומי

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: בנארי טרג'מן טל

שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה



טל בנארי טרג'מן
מכבי שירותי בריאות
מכון פיזיותרפיה יפו

חתימה

מ.ר גורם מפנה

ד"ר אלק דורון
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6701135

פקס: 03-6701136

כתובת: ארלזורוב 4, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 214436768

שם פרטי: איליו

שם משפחה: בשן

טל.עבודה/נייד: 0509762281

טלפון: 0509762281

מין: ז

ת.לידה: 23/09/2003



מיקוד 6676011

גורי ישראל 11, תל אביב - יפו

כתובת:

0214436768

אישור רפואי

מיועד ל: כל המעוניין

תלונות: נחבל בתאונת דרכים בהיותו רוכב אופנוע ב 5/4/24. נבדק במיון איכילוב, בוצעו צלומי כף רגל שמאל שלא הדגימו שברים כעת תלונות ממושכות על כאבים בגב תחתון וצוואר

ממצאים: ע"ש צווארי - רגישות עפ"י חוליות ושרירים ללא חסר ניירולוגי, כח גס תקין ושוה דו צדדי, תנועות מוגבלות בסוף הטווח מכאיבות. גב תחתון - רגישות עפ"י חוליות ושרירים מתניים, ללא חסר ניירולוגי כח גס תקין ושוה דו צדדי, תנועות מלאות, מכאיבות טופל בפיזיותרפיה ללא הטבה

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS JUVENILE ONSET (10/2008)

תרופות קבועות:

- INS TREGLUDEC 5PEN X 3ML X1X90
- INS HUMALOG KWIKP 5PEN X 3ML X1X90

הערות: הופנה למרפאת מכבי טבעי
הופנה למרפאת כאב

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

12/01/2025

תאריך

ד"ר ד. אלק
אורתופד מומחה מנתח
מ.ר. 14617 מ.ז. 12738
חתימה וחותמת הרופא

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 30 עד 30)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

איליי בשן - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובע, איליי בשן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים איכילוב ובמסגרת קופת החולים מכבי.

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

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



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

תצהיר

(עמודים 32 עד 32)



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אילן רשן בעל ת.ז. 214436768 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט נאליס ב נבר סדא 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:	_____	סכרת	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 אילן רשן
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן רשן מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 10/2/25
הופיעה בפני אילן רשן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 214436768
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ת.

מס' רשיון 4224
חתימת עורך הדין

עורך הדין אילן רשן
מס' רשיון 4224

נספח 5 :

יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית

(עמודים 34 עד 36)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
28	איל"	214436768	
שם מסי	עיר	מיקוד	טלפון
11	תל אביב	6676011	0509762281
רחוב			
שיאל אורי			

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 הבריאותי 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 הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ונשלם לי.

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

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

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

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

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 10/2/25 עד לחתימה ומסירת: 62254 רשיון: _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אילן זמן, מס' 214436368, מרחוב שטאן אורי יו סל אריז,
ת.ז. מס' 214436368, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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



14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, טימוני 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.

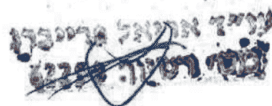
ולראיה באתי על החתום

היום 10 לחודש 02 שנה 2025

חתימה: X 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עורך-דין