

6/3/2021



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Re: פניה לעורך דין [מס' פניה: P-P-199584828]

1 message

Thu, Jun 3, 2021 at 3:32 PM

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
 To: סיון מלאכי לוי - 9 ביטוח <sivan.malachi@9mil.co.il>

סיון היקרה שלום,

מצ"ב תיעוד עדכני אחרון וקבלות חלקיות.

אציין כי מרשתי ממשיכה במעקב רפואי והיא ממתינה לביצוע בדיקות נוספות.

מרשתי לא שמרה קבלות בגין נסיעות וקבלות על רכישת תרופות להן היא נזקקה ועודנה נזקקת בעטיה של התאונה.

בנוסף להוצאותיה בגין מדרסים, קלנועית, תחבושות אלסטיות ואביזרים לתמיכה, יש ליתן למרשתי פיצוי בגין הטבת נזקי גופה ע"י מיטיבים ועזרת הזולת מוגברת.

בתה נאלצה לשהות עימה במשך כחודש ימים לאחר התאונה.

בחלוף חודש, נכדתה שהתה עימה במשך חודשיים נוספים לאחר התאונה.

מרשתי שהייתה סועדת את בעלה הנכה הפכה לנכה בעצמה ובני משפחתה היטיבו את נזקיה ויש ליתן למרשתי פיצוי בגין דא.

אודה לעיוןך ולקבלת הצעתך המקסימלית לסילוק תביעת מרשתי.

בברכת שבת שלום ורק בשורות טובות.

* נ.ב. מה זה הלוגו הזה?!

אריאל פרייברג, עו"ד


טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

6/3/2021

On Thu, Jun 3, 2021 at 12:38 PM ביטוח 9 - סיון מלאכי לוי <sivan.malachi@9mil.co.il> wrote:



פרייברג אריאל, עו"ד שלום,
הנדון מספר תיק: 1536471, מספר פוליסה: 1217498002

הי,

בהמשך לשיחתנו הטלפונית, אנא עדכן אותי האם יש תיעוד רפואי עדכני בטרם אוכל לבדוק סכום מקסימלי לפיצוי.
כמו כן, אנא ייפוי כח.

המשך יום טוב,

בברכה,
סיון מלאכי לוי, עו"ד
אגף תביעות ופרויקטים



www.9000000.co.il

כמפורט בתקנון החברה באתר, תכתובת בין החברה לביטוח באמצעות הדוא"ל משמעה הסכמה מצידך כי משלוח מידע ע"י החברה באמצעי זה מהווה מסירה שלו לידך לכל דבר ועניין וכן הסכמה להתכתבות כזו גם בנושאים רגישים (לשינוי בחירתך לגבי תכני התכתבות בדוא"ל נא להיכנס לאזור האישי שלך באתר החברה); כי החברה אינה אחראית אם המידע לא התקבל ו/או לא נקרא על ידיך מכל סיבה שהיא שאינה תלויה בחברה ו/או בכל מקרה שהמידע נחשף ו/או שונה ו/או שנעשה בו שימוש לרעה על ידי צד שלישי; כי סוג המידע והשירותים שניתן יהיה לקבל באמצעות דוא"ל ייקבעו על-ידי החברה מעת לעת ועל פי שיקול דעתה הבלעדי; כי תוכן הדוא"ל כפי שנשמר במשרדי החברה הוא המחייב; כל בקשה שתועבר על ידיך באמצעות הדוא"ל, לרכישת מוצרי ביטוח של החברה או לשינוי תנאים במוצרים קיימים, כפופה להסכמה ואישור של החברה בהתאם לתנאי החיתום והתנאים המפורטים בפוליסה והתחייבויות החברה והמבוטח זה כלפי זה יוכרעו לפי תנאי הפוליסה המלאים בלבד; אם תכתובת זו הגיעה אליך בטעות, הנך מתבקש ליידע אותנו בהקדם במייל חוזר ולמחוק את ההודעה וכל העתק שלה ואין להעביר אותה לכל אדם אחר, להפיצה או לשכפלה; כל גילוי, פרסום, הפצה, העברה, העתקה או כל שימוש אחר במידע אסורים בהחלט; (ט.ל.ח).

אריאל פרייברג, עו"ד

אריאל פרייברג
עו"ד

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

6/3/2021

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

 תיעוד עדכני וקבלות חלקיות.pdf
1658K

החומר

מדבקת פרטי המחזור
דרעי אביבה
5202554-1
11255128
מ.י.מ.
מי-מהלך 3 גיל: 67

117

שעת ביצוע ההוראה
חתימת וחותמת האחות

חתימת
הרופא

קצב

מיהול

הוראה רפואית

שעה
אופן
מתן

1120

קובץ
המרכז הרפואי
מחלקת
אולטרסאונד
171131
148148

המרכז הרפואי
מחלקת
אולטרסאונד
148148

11/11
9/11

1217498002

1217498002

בזמן ששעה _____ שעה _____ רופא מנהל מקרה _____ שעה _____

זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר
ששעה בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדיון עדות בשבועה שניתנה בבית המשפט

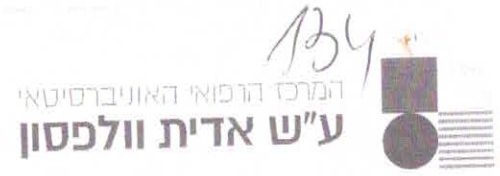
מיון : ר"ד מהלכים / מיון טראומה מקרה: 11255128
מ.ז. : 5202554-1 שם: דרעי אביבה

52C אב : מרדכי כתובת: גבעת התחמושת 30 חולון מיון: נ
סוג : אזרח : טל: 052-5467776 ת.לידה: 15.10.1953
קופ"ח: כללית : כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן



מ.ר. וולפסון

סיבה : נפילה, חבלה, חתך
ת.קבלה: 13.11.20 10:41
IDAN : מפעיל:



Department of Emergency Medicine לרפואה דחופה

ת.לתרופות

BIO HAZZARD
ביקור חוזר
Handwritten signature: חתום/סוף

Handwritten: 8/20

סיבת הפניה: מלכות רקע ותרופות
Handwritten notes: חתום/סוף, חתום/סוף, חתום/סוף

חתימה וחותמת: *Handwritten: PTCA*

מצב הכרה: ☒ מלאה ☐ מבולבלת ☐ מעורפלת ☐ חוסר הכרה
נשימה: ☒ עצמונית ☐ קוצר נשימה ☐ מונשם ☐ חמצן
מצב עור: ☒ תקין ☐ פצעי לחץ יש/אין ☐ פריחה/בצקות ☐ שיפשוף/חתך
מצב רגשי: ☒ תקין ☐ אי שקט ☐ חרד ☐ אחר
ניידות: ☐ עצמאי ☐ מוגבל ☐ מרותק
שימוש בעזרים: ☐ משקפי ראייה ☐ מכשיר שמיעה ☐ מקל/הליכון/כיסא ☐ אחר:
סיכון לנפילה: ☒ לא ☐ כן ☐ הדרכה ☐ דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה

אומדן כאב ע"פ: PS BP5 VA5		סימנים חיוניים		מיקום כאב		עוצמה	תמת
שעה	לחץ דם	דופק	חום	DEX GCS	אופי כאב		
13/11/20	130/80	76	36.0	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין	מזין	מזין
				R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין		
				R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין		
				R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין		
				R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין		
				R.A. O ₂	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין		

בדיקת דם/הכנסת וונפולון

ST	☐	ד.ס	☐
ת.כבד	☐	כימיה	☐
D-DIMER	☐	ת.קרישה	☐
CPK	☐	טרופונין	☐
CRP	☐	גזים	☐
עמילאז	☐	ליפאז	☐
ר.אלכוהול	☐	ר.תרופות	☐
לקטט	☐	ת.דם	☐
שתן HCG-β	☐	שתן כללי	☐
חיובי / שלילי	☐	תרבות שתן	☐

שעה: _____ רופא מנהל מקרה: _____ שעה: _____
Handwritten: 1217498002
Handwritten: חתום/סוף



כח"ס
121749800

Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012 | wolfson.org.il | 5822012, חולון, רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | פקס: 03-5036408 | טל: 03-5028211

סודי רפואי

מעודכן ל: 11:08, 13/11/20

כח"ס
1217498002/11
מנהל מח' דר' שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11255128

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

דרעי אביבה

ת.ז.: 5202554-1	מין: נקבה	ת.לידה: 15/10/1953	גיל: 67 ש
טל: 052-5467776	טל: 03-5587061	טל: 054-2056144	שם האם: מרים
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: מרדכי
כתובת: גבעת התחמושת 30, חולון, 5848702			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: נפילה, חבלה, חתך	גורם מפנה: כללית	מבטח: דרעי אביבה, 5202554-1
תאריך קליטה במיון: 13/11/20	שעה: 10:41	
תאריך קליטה בבי"ח: 13/11/20	שעה: 10:41	
זמן בדיקת רופא: 11:00, 13/11/20		

אבחנות נוכחיות

826.0 - CLOSED FRACTURE OF ONE OR MORE PHALANGES OF FOOT (LT)
4th PROXIMAL PHALANX

אבחנות כרוניות

401.1 - BENIGN ESSENTIAL HYPERTENSION
443.89 - OTHER PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
250.00 - DIABETES MELLITUS WITHOUT MENTION OF COMPLICATION, TYPE II OR UNSPECIFIED TYPE, NOT STATED AS UNCONTROLLED
272.4 - OTHER AND UNSPECIFIED HYPERLIPIDEMIA
305.1 - TOBACCO USE DISORDER
592.0 - Calculus of kidney
272.4 - OTHER AND UNSPECIFIED HYPERLIPIDEMIA
V13.59 - PERSONAL HISTORY OF OTHER MUSCULOSKELETAL DISORDER
fibromyalgia
414.9 - CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE, UNSPECIFIED
440.0 - ATHEROSCLEROSIS OF AORTA

חתימה

רופא מאשר: אליאס, יוסף
חתימה: _____

מספר רשיון: 148148

11:20 13/11/20

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Smoking

גורמי סיכון

Diabetes Mellitus

תלונה עיקרית

בת 67 פנתה למיון לאחר נפילה במדרגות וחבלת ברך, קרסול וכף רגל שמאל, מתלוננת על כאבים והגבלה בתנועה. בבדיקתה - נושאת משקל, מתהלכת בצליעה אנטגלית.

ברך שמאל-עם חבישה אלסטית מהבית, מעט נפיחות ללא חום מקומי ללא תפליט, יישור מלא, כיפוף 90, רגישות מדיאלית בברך. ברך יציבה עם מגירה ולחמן שליליים. יציבות צדית תקינה.

קרסול שמאל: נפיחות, מעט רגישות סביב הפטישונים, בעיקר מעל ה-AITFL, ללא רגישות מעל ראש הפיבולה או מסרק 5.

כף רגל שמאל: חתך נקודתי מעל קצה בוחן 3, רגישות במישוש בוחנות 3+4 ללא דפורמציה נראית ללא חסר NV פריפרי.

בצילום ברך, קרסול וכף רגל שמאל: שבר אלחסוני אמצע גליל מקורב בוחן רביעית ללא תזזה

במיון- קיבוע בוחן 3 לבוחן 4

המלצות:

- המשך שיומש חבישה אלסטית לברך

- קירור מקומי

- רגל מורמת

- ביקורת אורטופד קופ"ח עוד שבוע עם צילום כף רגל עדכני

- בכל החמרה לפנות לעזרה רפואית

דיון וסיכום הקבלה

1217498002 פת"ס

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
13/11/2020	11:20	שחרור		יו. אליאס

שחרר בליווי

לשירותכם 24 שעות ביממה:

2700* מכל טלפון

clalit.co.il

מוקד האחיות

הפניית לקוח למלר"ד

שם בית החולים: ב"ח וולפסון

סוג מיון: מיון כללי סוג הפניה: הופנה למיון-ניתנה הפניה למיון

תאריך,שעה: 13/11/2020 09:37:02

שם הלקוח: דרעי אביבה

מס' ת.ז.: 52025541

המחוז אליו משויך הלקוח: מחוז תל אביב יפו

שם מרפאה: מרפאת קרית שרת שם רופא מטפל: נטליה גרר

מס' אסמכתא:

1-8739108189

סיבת הפנייה:

חבלה

ברגל ואצבעות שמאל.

בברכה,

שם משפחה אחרת: פקדיה שם פרטי אחרת: זמטור

מוקד האחיות-שירותי בריאות כללית,

לידיעתך:

הפנייה זו לא תכונד באם ניתנה לאחר שהלקוח פנה לחדר המיון.

הפנייה זו תקפה למשך 8 שעות מעת הנפקתה.

15/11/2020 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל				
דרעי אביבה				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	15/10/1953
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה
חולון	גבעת התחמושת	30 / 2	52	5587061 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 33761175491



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

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78106	73140	צילום אצבע בכף רגל שמאל	10401257

המטופל מתלונן על

- החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור .
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר .
בבדיקה - נפיחות , רגישות מלאות סימני המטומה מפשוטת קושי בתנועה בשל הכאב העז . הליכה עם צליעה אנטלגית בצילום שבר גליל מקורב בזהן 4 .
1. טיפול BUDDY TAPE
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה .
3. משככי כאבים .
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע .
5. חופש מחלה .

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
826	Lt	FRACTURE TOE
E888		FALL

בעיות פעילות

הפניה לדימות
דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2

15/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

סיכום ביקור

פרטי המטופל

דרעי אביבה

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	ת. לידה	מספר	שם האב
00-05202554-1	67.02	מין	15/10/1953	52	5587061	3
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	ת. לידה	מספר	שם האב
גבעת התחמושת	30 / 2	מס בית	5467776	52	5587061	3
חולון	רחוב	מס בית	5467776	52	5587061	3
ישוב	רחוב	מס בית	5467776	52	5587061	3

שלום רב,

תאריך הביקור: 30/11/2020
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2020:
החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור.
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
בבדיקה - נפיחות, רגישות מלאות סימני המטומה ממשושת
קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית
בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
3. משככי כאבים.
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
5. חופש מחלה.
30/11/2020
כעצ מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך
בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה
גאדרינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי
יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.
[מדגירה ולחמן שווה דו"צ].
בצילום ללא ממצא חריג מבחינה גרמית אך הסתיידויות קשות בכלי דם של הירך
הצעתי פזיותרפיה
משככי כאבים

קוד	איפיון	אבחנה
826	Lt	FRACTURE TOE
E888		FALL
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:

1. צילום ברכיים
2. חבישה מרופדת
3. משככי כאבים
4. פזיותרפיה

כאב עז בברך הגבלה בתנועה הברך בדיקה ללא אודם או חום. יכול להיות
SONK או כאב לא ברור. בשלב זה ננסה איזון כאבים בזלדיאר חבישה מרופדת
ופזיותרפיה

סיכום ביקור

דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

30/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

הפניות			פרטי ההפניה		קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לדימות			78030-צילום ברך בעמידה דו		H3		הודפס
הפניה לפיזיותרפיה			80015-פיזיותרפיה אבחון וב		H9		הודפס

תרופות בביקור									
P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D
L	1		0	R	N	יחידה			
						טבליות		2	D
						מנה	הגשה	מנה	
						1	TAB		
						תרופה			
						ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37			

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

בברכה,

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

35232

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

סיכום ביקור

דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

30/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

תאריך 30/11/2020

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל
דרעי אביבה
שם משפחה ושם פרטי
00-05202554-1 מס זהות
67.02 גיל
נ מין
15/10/1953 ת.לידה
מרדכי
שם האב
גבעת התחמושת
רחוב
חולון
ישוב
30 / 2 מס בית
52 -5467776 טלפון
3 - 5587061 טלפון נוסף

מספר הפניה: 33761178746
תז נבדק
רשיון רופא
גורם שולח
מספר הפניה
3761
303761178746
52025541
035232

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

KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 15/11/2020:
החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור.
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
בבדיקה - נפיחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשטת קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
3. משככי כאבים.
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
5. חופש מחלה.
30/11/2020
כעצ מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציון קושי בבדיקה גארדינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.
[מדגירה ולחמן שווה דו"צ.]

מ.גילוי	אפיפון	בעיה
01/11/2001		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED

מ.גילוי	איפיון	העתק 30/11/2020 בעיה
01/06/2003		HYPERGLYCEMIA
01/03/2004		NEPHROLITHIASIS
01/10/2004		DIABETES MELLITUS ADULT ONSET
01/06/2009		BILATERAL SACRO-ILEAC JOINT ARTHRITIS
01/07/2009		DEPRESSIVE DISORDER
01/04/2010		ANXIETY STATES
01/08/2011		PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
01/02/2013		FIBROMYALGIA
01/08/2013		SUSP ADENOMA OF LT ADRENAL
01/08/2013		DIVERTICLE OF DUODENUM
01/08/2013		SEVERE ATHEROSCLEROTIC CHANGES OF BILATERAL ILEA
01/11/2013		AORTO-BIFEMORAL BYPASS
25/11/2014		LARYNGEAL EDEMA
12/09/2016		ISCHEMIC HEART DISEASE
12/09/2016		PTCA TO RCA ,CX
01/01/1966		SMOKER
21/11/2016		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/07/2016	RCA'CX	PERCUTANEOUS VALVULOPLASTY (BALLON VALVULOPLASTY)
03/03/2016	NSR	SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA
01/01/2015		NEUROPATHY DIABETIC
30/04/2018		VOCAL CORD POLYP
15/05/2019		PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY STAT
15/05/2019		DES TO MID LAD , MRCA -70-90 %

מידע ישן

חפיסה וחצי ליום
היפרכולסטרולמיה
LARYNGITIS CHRONIC

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
04/04/1999	01/04/1999		POLYP LARYNX operation 4/99

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
NONE - INCLUDING IODINE		המטופל

מידע ישן

Penicillin G.

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	0	יחידות ליום	10	INS BASAGLAR KWIKPEN 5X3ML 100UNI
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 31GX6MM BD
ביום	1	זריקה	1	VICTOZA 6 MG/1ML<>>BOX 2X3ML 6M
ביום	1	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U
ביום	1	כמוסות	1	ANTI LEG CRAMPS BOX OF 50 CAP CF
ביום	2	טבליות	1	DULOXETINE TAB 60MG 60MG
ביום	2	טבליות	1	JARDIANCE DUO<>>12.5MG/850 TAB 12
ביום	1	יחידות	1	STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B
ביום	1	טבליות	1	PLAVIX <>> TAB 75MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 50 MG TAB 50MG

ס.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

דרכי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	טבליות	1	OCSAAR 50MG TAB 50MG
ביום	2	טבליות	1	PERCOCET 10MG (20) TAB 10MG
ביום	2	קפליות	1	OMEPRADEx 40MG CPL 40MG
ביום	3	יחידות	1	STRIP CONTOUR PLUS
ביום	2	כמוסות	1	ROWATINEX CAP CF
ביום	1	טבליות	1	CARTIA BOX OF 28 TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF
ביום	1	טבליות	2	BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25MG
ביום	3	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

35232

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר. 0

הפניה לפיזיותרפיה

דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 3 מ 3

00-05202554-1 הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2001		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/06/2003		HYPERGLYCEMIA
01/03/2004		NEPHROLITHIASIS
01/10/2004		DIABETES MELLITUS ADULT ONSET
01/06/2009		BILATERAL SACRO-ILEAC JOINT ARTHRITIS
01/07/2009		DEPRESSIVE DISORDER
01/04/2010		ANXIETY STATES
01/08/2011		PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
01/02/2013		FIBROMYALGIA
01/08/2013		SUSP ADENOMA OF LT ADRENAL
01/08/2013		DIVERTICLE OF DUODENUM
01/08/2013		SEVERE ATHEROSCLEROTIC CHANGES OF BILATERAL ILEA
01/11/2013		AORTO-BIFEMORAL BYPASS
25/11/2014		LARYNGEAL EDEMA
12/09/2016		ISCHEMIC HEART DISEASE
12/09/2016		PTCA TO RCA ,CX
01/01/1966		SMOKER
21/11/2016		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/07/2016	RCA'CX	PERCUTANEOUS VALVULOPLASTY (BALLON VALVULOPLASTY)
03/03/2016	NSR	SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA
01/01/2015		NEUROPATHY DIABETIC
30/04/2018		VOCAL CORD POLYP
15/05/2019		PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY STAT
15/05/2019		DES TO MID LAD , MRCA -70-90 %

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
NONE - INCLUDING IODINE		

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
04/04/1999	01/04/1999		POLYP LARYNX operation 4/99

CREATININE: 0.88 מתאריך 23/08/2020

35232

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

1217496002
מס' 215
ס"ו

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
מומחה לכירורגיה אורטופדית
35232
נעמי שמר 15, חולון
03-7471200
03-7471201
מחוז: ת"א מרפאה: מרפאה יועצת חולון

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרפאה יועצת חולון מחוז: ת"א

15/11/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

דרעי אביבה

שם משפחה ושם פרטי

גבעת התחמושת

רחוב

חולון

ישוב

00-05202554-1

מס זהות

30 / 2

מס בית

67.01

גיל

נ

מין

15/10/1953

ת.לידה

52 -5467776

טלפון

מרדכי

שם האב

3 - 5587061

טלפון נוסף

שלום רב,

15/11/2020 תאריך הביקור:

0 ביקור רגיל סוג ביקור:

רגיל מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה:

החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור .
חבלה לכף רגל משמאל בבידור במיון שבר .
בבדיקה - נפוחות , רגישות מלאות סימני המטומה ממושטת
קושי בתנועה בשל הכאב העז . הליכה עם צליעה אנטלגית
בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה .
3. משככי כאבים .
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע .
5. חופש מחלה .

קוד	איפיון	אבחנה
826	Lt	FRACTURE TOE
E888		FALL

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לדימום	78106-צילום אצבע בכף רגל ש	H3		הודפס
הפניה לדימום	78106-צילום אצבע בכף רגל ש	H3		הודפס
טופס בקשה		H139		הודפס

תרופות בביקור

P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	L		0	ר	N	יחידה	20	10	D	2	טבליות	TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

פעולות	קוד	כמות
301 שבר הדורש רפואיזיה וקביעה	301	1

סמל	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
11	12/11/2020	30/12/2020	הודפס	

בברכה,

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

35232

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

[Handwritten signature]

סיכום ביקור

דרעי אביבה

2 m 2 9T

15/11/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

00-05202554-1

20.12
1330

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
מומחה לכירורגיה אורטופדית
35232
נעמי שמר 15, חולון
03-7471200
03-7471201
מכחז:ת"א
מרפאה:מרפאה יועצת חולון

15/11/2020 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

דרכי אביבה

שם משפחה ושם פרטי

מס זהות

00-05202554-1

גיל 67.01

ג' מין

15/10/1953

ת.לידה

מרדכי

שם האב

חולון

ישוב

גבעת התחמושת

רחוב

30 / 2
מס בית

52 -5467776
טלפון

3 - 5587061
טלפון נוסף

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ

קוד 79989

איפיון

אבחנה

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך

12/11/2020

עד תאריך 30/12/2020

ועד בכלל

סה"כ ימי מחלה

49

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

שם הרופא

35232

מספר רשיון

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת הרופא

פתיסה

1217496002

ע"ג סיון תשס"ו

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

ור מחלה

אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

15/11/2020 הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

1217496002
12/11/2020
10:05

תאריך 30/11/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	15/10/1953	מסדכי
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מסדכי	שם האב
גבעת התחמושת	רחוב	30 / 2	52	5467776	5587061 - 3
חולון	ישוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

ר, ב

תאריך הביקור: 30/11/2020

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2020:

החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור.
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
בבדיקה - נפיחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשטות
קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית
בצילום שבר גליל מקורב בוחן 4.

1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN

2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.

3. משככי כאבים.

4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.

5. חופש מחלה.

30/11/2020

כעצ מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך

בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה

גאדרינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי

יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.

[מדגירה ולחמן שווה דו"צ.

בצילום ללא ממצא חריג מבחינה גרמית אך הסתיידויות קשות בכלי דם של הירך

הצעת פזיותרפיה

משככי כאבים

קוד	איפיון	אבחנה
826	Lt	FRACTURE TOE
E888		FALL
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:

1. צילום ברכיים

2. חבישה מרופדת

3. משככי כאבים

4. פזיותרפיה

כאב עז בברך הגבלה בתנועה הברך בדיקה ללא אודם או חום. יכול להיות
SONK או כאב לא ברור. בשלב זה ננסה איזון כאבים בזלדיאר חבישה מרופדת
ופזיותרפיה

סיכום ביקור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

30/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

אביבה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
78030-צילום ברך בעמידה דו	H3	הודפס		
80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס		

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	L		0	R	N	יחידה	20	10	D	2	טבליות	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

בברכה,

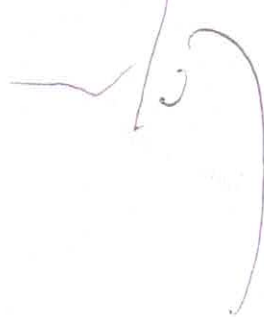
35232

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



כח'ס ה

1217496002

ס'ס'ן

תאריך 17/01/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

מספר רשיון	00-05202554-1	גיל	67.03	ת.לידה	15/10/1953	מספר	5587061 - 3
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	טלפון	טלפון נוסף
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	טלפון	טלפון נוסף
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	טלפון	טלפון נוסף

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761188811

תז נבדק



52025541

מספר רשיון



035232

כבוד: מכון אורתופדי

סידור מדרס לתמיכה בקשת האורכית וכן הורדת עומסים מראשי המסרקים

נהג משוערת

אבחנה	אפיון	ד
FRACTURE TOE	Lt	826
FALL		E88
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS		L15

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/12/2020:

- החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור.
- חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
- בבדיקה - נפוחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשוטת קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית בצילום שבר גליל מקורב בזהו 4.
1. טיפול COBAN עם BUDDY TAPE
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
3. משככי כאבים.
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
5. חופש מחלה.

30/11/2020

קע מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה גארדינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ. [מדגירה ולחמן שווה דו"צ. בצילום ללא ממצא חריג מבחינה גרמית אך הסתיידויות קשות בכלי דם של הירך הצעתי פזיותרפיה משככי כאבים

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

35232

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

הפניה לדימות

דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 3 מ 3

30/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר 00-05202554-1

07/12/2020
20/12/2020

17/01/2021

מצינת כאב מעל בוחן 3 הכאב עז מגביל בתפקוד היומי מתארת.
בדיקה: ללא אודם או חום ללא נפיחות. כאובה מאד כל נגיעה זועקת מכאב
מצינת שאינה יכול לדרוך כלל. הכאב קורן ומשליך על כל הבהונות.
בשל החמרה בכאבים בירור הדמייתי.

יון/תוכנית טיפולית

בשל החמרה בכאבי בוחן 3 המשליח על שאר הבהונות הכאב עז מתקשה
בדירכה למעשה, מצינת כלל אינה יכולה לדרוך.
ננסה
סידור מדרס להורדת עומסים
בירור הדמייתי
משככי כאבים

טוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2000		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/06/2000		HYPERGLYCEMIA
01/03/2000		NEPHROLITHIASIS
01/10/2000		DIABETES MELLITUS ADULT ONSET
01/06/2000		BILATERAL SACRO-ILEAC JOINT ARTHRITIS
01/07/2000		DEPRESSIVE DISORDER
01/04/2001		ANXIETY STATES
01/08/2001		PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
01/02/2001		FIBROMYALGIA
01/08/2001		SUSP ADENOMA OF LT ADRENAL
01/08/2001		DIVERTICLE OF DUODENUM
01/08/2001		SEVERE ATHEROSCLEROTIC CHANGES OF BILATERAL ILEA
01/11/2001		AORTO-BIFEMORAL BYPASS
25/11/2001		LARYNGEAL EDEMA
12/09/2001		ISCHEMIC HEART DISEASE
12/09/2001		PTCA TO RCA ,CX
01/01/1999		SMOKER
21/11/2001		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/07/2001	RCA'CX	PERCUTANEOUS VALVULOPLASTY (BALLON VALVULOPLASTY)
03/03/2001	NSR	SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA
01/01/2001		NEUROPATHY DIABETIC
30/04/2001		VOCAL CORD POLYP
15/05/2001		PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY STAT
15/05/2001		DES TO MID LAD , MRCA -70-90 %

חפיסה וחצי ליום
היפרכולסטרולמיה
LARYNGITIS CHRONIC

יה רפואית- בעיות בעבר

יום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
04/04/1999	01/04/1999		POLYP LARYNX operation 4/99

נ/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
NONE - INCLUDING IODINE		המטופל

Penicillin G.

תאריך 30/11/2020

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		דרעי אביבה	
שם משפחה ושם פרטי	00-05202554-1	גיל	נ
מס זהות	67.02	ת.לידה	15/10/1953
שם האב	מ	טלפון	5467776
5587061 - 3	30 / 2	טלפון	52
טלפון נוסף	מס בית	גבעת התחמושת	חולון
		רחוב	ישוב

מספר הפניה: 33761178746

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761178746

תז נבדק



52025541

רשיון רופא



035232

שירות שנבחר

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

KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

בחנה משוערת

נות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2020:
החליקה בבנין מציינת פיצוץ של צינור.
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
בבדיקה - נפיחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשוטת
קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית
בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
3. משככי כאבים.
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
5. חופש מחלה.
30/11/2020
כעז מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך
בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה
גארינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי
יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.
[מדגירה ולחמן שווה דו"צ.]

יות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2001		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED

7 ה.ר.0

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE TOE	Lt	826
FALL		E888

דיון/תוכנית טיפולית

1. צילום ברכיים
2. חבישה מרופדת
3. משככי כאבים
4. פזיותרפיה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2001		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/06/2003		HYPERGLYCEMIA
01/03/2004		NEPHROLITHIASIS
01/10/2004		DIABETES MELLITUS ADULT ONSET
01/06/2009		BILATERAL SACRO-ILEAC JOINT ARTHRITIS
01/07/2009		DEPRESSIVE DISORDER
01/04/2010		ANXIETY STATES
01/08/2011		PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
01/02/2013		FIBROMYALGIA
01/08/2013		SUSP ADENOMA OF LT ADRENAL
01/08/2013		DIVERTICLE OF DUODENUM
01/08/2013		SEVERE ATHEROSCLEROTIC CHANGES OF BILATERAL ILEA
01/11/2013		AORTO-BIFEMORAL BYPASS
25/11/2014		LARYNGEAL EDEMA
12/09/2016		ISCHEMIC HEART DISEASE
12/09/2016		PTCA TO RCA ,CX
01/01/1966		SMOKER
21/11/2016		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/07/2016	RCA'CX	PERCUTANEOUS VALVULOPLASTY (BALLON VALVULOPLASTY)
03/03/2016	NSR	SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA
01/01/2015		NEUROPATHY DIABETIC
30/04/2018		VOCAL CORD POLYP
15/05/2019		PERCUTANEUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY STAT
15/05/2019		DES TO MID LAD , MRCA -70-90 %

רגישות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
NONE - INCLUDING IODINE		המטופל

Penicillin G.

מידע ישן
תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
04/04/1999	01/04/1999		POLYP LARYNX operation 4/99

1217498 6002
11/08

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37	1	טבליות	2	ביום
INS BASAGLAR KWIKPEN 5X3ML 100UNI	10	יחידות ליום	0	ביום
PEN NEEDLE 31GX6MM BD	1	יחידות	1	ביום
VICTOZA 6 MG/1ML<><>BOX 2X3ML 6M	1	זריקה	1	ביום
FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180	1	טבליות	1	ביום
COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U	1	טבליות	1	ביום
ANTI LEG CRAMPS BOX OF 50 CAP CF	1	כמוסות	1	ביום
DULOXETINE TAB 60MG 60MG	1	טבליות	2	ביום
JARDIANCE DUO<>12.5MG/850 TAB 12	1	טבליות	2	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	1	ביום
PLAVIX <><> TAB 75MG	1	טבליות	1	ביום
ATENOLOL 50 MG TAB 50MG	1	טבליות	1	ביום
OCSAAR 50MG TAB 50MG	1	טבליות	2	ביום
PERCOCET 10MG (20) TAB 10MG	1	טבליות	2	ביום
OMEPRADAX 40MG CPL 40MG	1	קפליות	2	ביום
STRIP CONTOUR PLUS	1	יחידות	3	ביום
ROWATINEX CAP CF	1	כמוסות	2	ביום
CARTIA BOX OF 28 TAB 100MG	1	טבליות	1	ביום
ATENOLOL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF	1	טבליות	1	ביום
BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25MG	2	טבליות	1	ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	יחידות	3	ביום
ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG	1	טבליות	1	ביום

35232

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

מספר רשיון

1217498002

כח"ס

11/11/20

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרפאה יועצת חולון מחוז: ת"א

17/01/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

דרכי אביבה

00-05202554-1	67.03	נ	15/10/1953	מרדכי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
גבעת התחמושת	30 / 2	מס בית	52 -5467776	5587061 - 3
רחוב			טלפון	טלפון נוסף
חולון				
ישוב				

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761188811

תז נבדק



52025541

מספר רשיון



035232

לכבוד: מכון אורתופדי

סידור מדרס לתמיכה בקשת האורכית וכן הורדת עומסים מראשי המסרקים

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
826	Lt	FRACTURE TOE
E888		FALL
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/12/2020:

- החליקה בבנין מצינית פיצוץ של צינור.
- חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
- בבדיקה - נפחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשוטת קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
- 1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
- 2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
- 3. משככי כאבים.
- 4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
- 5. חופש מחלה.

30/11/2020

קע מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך
בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה
גארידינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי
יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.
[מדגירה ולחמן שווה דו"צ].
בצילום ללא ממצא חריג מבחינה גרמית אך הסתיידויות קשות בכלי דם של הירך
הצעתי פזיותרפיה
משככי כאבים



0 5202554 1

דרעי
אביבה
מרדכי

מרים
15.10.1953
ישראל
נקבה
חולון

ח' בחשון תשי"ד

11.12.2005 י' בכסלו תשס"ז

⊗ בית אל שידור ביתר שיתב חוצל

⊗ גליטור מנקה

⊗ תכונה סילור חוקים

⊗ חולר חולר - שידור מאלור

כתובת מכתב מלחם בלוי דודי מחוסר זמור!

תאריך: 21/02/2021
פוליסה: 1217498002
אסמכתא: 86672575
ביטוח: דירה, מבנה+תכולה, פרטי
מבלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת ההתיישנות



לכבוד
אביבה דרעי
גבעת התחמושת 30 (2)
חולון 5848702

הנדון: עדכון מצב מסמכים

אירוע מספר 1536471
אירוע מיום: 12/11/2020
שם התובע: אביבה דרעי

שלום רב,

בהמשך לפנייה אלינו לפיצוי בגין נזקי גוף שנגרמו ביום 12/11/2020 ולצורך המשך בירור וטיפול בפנייה, מבלי להכיר באחריות ו/או בחבות, ברצוננו לעדכן לגבי המסמכים לבירור האירוע.

שם המסמך	תאריך קבלה	מצב המסמך
צילומי נזק	14/01/2021	תקין
מסמכים רפואיים	14/01/2021	תקין
טופס תביעה	24/01/2021	תקין
טופס ויתור על סודיות רפואית חתום	17/02/2021	תקין

לידיעתך, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים לאחר קרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 5(א) לחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981, בהתאם לתנאי הפוליסה ונספחיה ובכפוף לכל הארכה ו/או סייג הקיימים בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 (להלן: "חוק ההתיישנות").

ברצוננו לציין כי פנייתך אלינו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק עם הגשת תביעה לבית המשפט המוסמך.

למען הסר ספק יובהר, כי אין באמור במכתבנו זה משום הכרה באחריות ו/או בחבות לתביעה שבנדון.

מידע ללקוח

לידיעתך, מערכת כללים הינו מסמך המפרט את תהליך הטיפול בתביעתך תוך יצירת שקיפות מרבית החל משלב הדיווח על הנזק, דרך שלבי הטיפול השונים ועד לסיומה, במטרה לסיים את הטיפול בצורה המהירה והטובה ביותר.

ניתן לצפות במסמך באתר החברה :

www.9000000.co.il/clients/tfasim

במידה והנך נתקל בקשיים בצפיה באתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אלייך אותם באמצעות הדואר או המייל לפי בקשתך.

לידיעתך הליך יישוב תביעות הינו מסמך המפרט זכויותיך בעת תהליך יישוב התביעה כולל הנחיות מה עליך לעשות ומהן זכויותיך על פי הפוליסה או הדין.

ניתן לצפות במסמך באתר החברה :

www.9000000.co.il/clients/tfasim

פירוט הליך יישוב תביעה בקצרים בצפייה בקבצים באתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אלייך אותם באמצעות הדואר או המייל לפי בקשתך.





קווה 4951132 • טל' 03.9000000 • www.9000000.co.il • 03-9144504 חיים • תביעות 03-9144511 • 03



טופס הודעת על נפגעי גור
מספר תביעה: 1536471

פרטי המבוטח:

שם המבוטח/ת אביבה דרעי, ת.ז: 52025541
כתובת: ג. התאונה 30 קניסה חזון
טל ניד: 052546776
טל דוא"ל: 035587061 טל בבית:

תאור האירוע

תאריך התאונה: 12.1.2021 שעה: 15:15
היכן אירעה (מיקום מדויק): נפילת לקוחה א' לזרוע 30 קניסה
שם הנפגע: צ'ס' אביבה גיל: 67 ת.ז: 52025541
כתובת הנפגע: ג. התאונה 30 חזון מקצוע: פנייה
טלפון בבית: 035587061 טל עבודה: _____ טל ניד: _____
הקשר בין המבוטח לנפגע: בן משפחה / אורח / עובד / אחר: שכנה של אש' קניסה
מהות הפגיעה: כרס אש' גולן היט האיבר שנפגע: ידי אבר היט שלמה

תאור מפורט של התאונה (נסיבותיה וגורמיה):

צ'ס' פיצוץ בחצר המבטח של אש' קניסה
הלום העצו אביב בקומה א' כאלה
קופץ אל הלום בחצר המבטח
אביב אפרי קומה שלמה להלום
כאלה היט של קבלה ובלה חזקה בלוצה של היט

שמות עדי ראיה ופרטיהם המלאים

1. אש' קלצ'ה קומה 4 צייה 12
2. הג' של קניסה אש' למני קומה 4
האם הנפגע פונה על ידי אמבולנס כן/לא פנייה אל עזרי גלעני אחרי 5 ד' אוזפסון
האם האירוע דווח למשטרה כן/לא לא
האם האירוע עשוי להיות מכוסה עפ"י פוליסה נוספת כן/לא לא
במידה וכן שם חברת הביטוח ופרטי הפוליסה: _____

שם מלא צ'ס' אביבה
חתימה צ'ס'
תאריך 18.1.21



תאריך: 12/01/2021
פוליסה: 1217498002
אסמכתא: 85977361
ביטוח: דירה, מבנה+תכולה, פרטי
מבלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות



לכבוד
אביבה דרעי
גבעת התחמושת 30 (2)
חולון 5848702

הנדון: מסמכים הנדרשים לטיפול

שם התובע: אביבה דרעי
אירוע מספר: 1536471
מקרה מיום: 12/11/2020

שלום רב,

בהמשך לפנייתך אלינו ועל מנת לקדם את בירור האירוע שבנדון, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה.

שם המסמך	תאריך קבלה	מצב המסמך
טופס תביעה	טרם התקבל	
מסמכים רפואיים	טרם התקבל	
טופס ויתור על סודיות רפואית חתום	טרם התקבל	

לתשומת ליבך, העברת כל המסמכים הנדרשים הכרחית ורק עם קבלתם נמשיך טיפולנו בברור תביעתך!

דרכי משלוח

ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות פקס מספר 03-9144511
או למייל scan@yashir.co.il
או בדואר על פי כתובתנו.

התיישנות

לידיעתך, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים
לאחר קרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 5(א) לחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981, בהתאם
לתנאי הפוליסה ונספחיה ובכפוף לכל הארכה ו/או סייג הקיימים בחוק ההתיישנות תשי"ח-
1958 (להלן: "חוק ההתיישנות").

ברצוננו לציין כי פנייתך אלינו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק עם הגשת תביעה
לבית המשפט המוסמך.

מידע ללקוח

לידיעתך, מערכת כללים הינו מסמך המפרט את תהליך הטיפול בתביעתך תוך יצירת שקיפות מרבית
החל משלב הדיווח על המקרה, דרך שלבי הטיפול השונים ועד לסיומה, במטרה לסיים את הטיפול בצורה
המהירה והטובה ביותר.

ניתן לצפות במסמך באתר החברה:

www.90000000.co.il/clients/tfasim

במידה והנך נתקל בקשיים בצפיה באתר, אנא הודיעו ונאנן נשלח אלייך אותם באמצעות הדואר או
המייל לפי בקשתך.

לידיעתך הליך יישוב תביעות הינו מסמך המפרט זכויותיך בעת תהליך יישוב התביעה כולל הנחיות מה
עליך לעשות ומהן זכויותיך על פי הפוליסה או הדין.

ניתן לצפות במסמך באתר החברה:

פירוט הליך יישוב תביעה www.90000000.co.il/clients/tfasim

ביטוח
9-000-000

א.י.ד.א.י. חברה לביטוח בע"מ: רח' אפעל 35, קריית אריה, פתח תקווה 4951132 • טל' 03.9000000 • www.90000000.co.il • מספרי פקס: שירות 03-9144501 • מכירות 03-9144502 • תביעות 03-9144511 • חיים 03-9144504



RR88977361

במידה והנך נתקל בקשיים בצפייה בקבצים באתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אליך אותם באמצעות הדואר או המייל לפי בקשתך.

אין באמור לעיל משום הכרה בחבות, בכיסוי הביטוחי ו / או במזק הנטען. עיכוב בהעברת המסמכים מונע מאיתנו המשך בירור התביעה ועלול לפגוע בזכויותיך לקבלת תגמולי ביטוח.

נשמח לעמוד לשרותך בכל עת באתר האינטרנט <http://9000000.co.il> או במספרי הטלפון הבאים 03-5654227, 03-5650998
אנו מתחייבים להמשיך ולעשות כל מאמץ לספק לך את השירות הטוב ביותר.

בכבוד רב,
סיון מלאכי לוי, עו"ד
sivan.malachi@9mil.co.il

אגף תביעות
איי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ

ביטוח
9-000-000

איי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ: רח' אפעל 35, קריית אריה, פתח תקווה 4951132 • טל' 03.9000000 • www.9000000.co.il • פקס: שירות 03-9144501 • מכירות 03-9144502 • תביעות 03-9144511 • חיים 03-9144504



תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: רפאל איתן - מרכז רפואי - חולון
מחוז: ת"א

05/05/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		דרעי אביבה	
שם משפחה ושם פרטי	00-05202554-1	גיל	67.07
מס זכות	15/10/1953	נ	נ
שם האב	ת. לידה	מין	מין
חולון	גבעת התחמושת	30 / 2	מס בית
ישוב	רחוב	52	טלפון
5587061	3	טלפון נוסף	

מספר הפניה: 32150051130



לכבוד: פיזיותרפיה

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

אבחנה משוערת

FRACTURE TOE

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/01/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/12/2020
החליקה בבנין מצינית פיצוץ של צינור.
חבלה לכף רגל משמאל בבירור במיון שבר.
בבדיקה - נפיחות, רגישות מלאות סימני המטומה מפשטות
קושי בתנועה בשל הכאב העז. הליכה עם צליעה אנטלגית
בצילום שבר גליל מקורב בזה 4.
1. טיפול BUDDY TAPE עם COBAN
2. מנוחה עם רגל מורמת הליכה עם הליכון למניעה של נפילה.
3. משככי כאבים.
4. ביקורת עם צילום בעוד שבוע.
5. חופש מחלה.
30/11/2020
נעז מצטיינת שלפני כ יומיים החמרה בכאבי ברך
בדיקה אין אודם או חום מקומי אין תפליט ישור כמעט 0 לציין קושי בבדיקה
גאודינג גם מיקום הכאב די לא ברור - כאב קדמי
יצביות מדיאלי לטרלי שווה דו"צ.
[מדגירה ולחמן שווה דו"צ.
בצילום ללא ממצא חריג מבחינה גרמית אך הסתיידויות קשות בכלי דם של

ס.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

דרעי אביבה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 3

00-05202554-1 הודפס ע"י ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

הירך
הצעת פדיותרפיה
משכני נאבים
:07/12/2020
:20/12/2020

:17/01/2021

מציינת כאב מעל בוחן 3 הכאב עז מגביל בתפקוד היומי מהארת.
בדיקה: ללא אודם או חום ללא נפחיות. כאובה מאד כל נגיעה זועקת מכאב
מציינת שאינה יכול לדרוך כלל. הכאב קורן ומשליך על כל הבחנות.
בשל החמרה בכאבים בירור הדמיית.
05/05/2021

:05/05/2021

מצב לאחר חבלה בכף יד ימין אצבע 5 וכף רגל שמאל אצבע 4 מזה חצי שנה
רגישות נפוחות בPIP אבע 5 נפוחות תנועות קיפוף מוגבלות
רגישות באבע 4 רגל שמאל קושי בעמידה והליכה
צילום כף יד ימין שבר עם חיבור מלא גליל אמצעי עמדה טובה
צילום שבר גליל פרוקסימלי אצבע 4 רגל שמאל עמדה טובה חיבור מלא

מידע ישן

חפיסה וחצי ליום
היפרנולסטרולמיה
LARYNGITIS CHRONIC

תולדות עבר

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

7 ר.ה.ס

הפניה לפיזיותרפיה

דורעי אביבה

3 2 2 7 7

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05202554-1

הודפס ע"י ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק 00-05202554-1



013761164009

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

1010

כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 67.03 מין: נ

דרעי אביבה

מס' זהות: 00-05202554-1

ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

000072231

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1x 2 ביום

תוקף מרשמים: 18/04/2021 - 17/01/2021

מס' רישיון



035232

טלפון: 03-7471200

כתובת: נעמי שמר 15, חולון

שם הרופא ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
תחום: מומחה לכירורגיה אורטופדית

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

511936304
מרל"ג מודיעין

ח.פ.

20/12/2020 ה' טבת תשפ"א
1 דף: 1 מתוך: 1
10:41:19 שעת הדפסה:

בע"מ
יד שרה מסייעת
ציוד רפואי ושיקומי
בס"ד

מס' לקוח: 202107363

לכבוד: דרע

כתובת: גבעת התחמושת 30 דירה: 2 קומה: 1

חולון

טל משני: 0525467776

טל ראשי: 035587061

** העתק **

חשבונית מס קבלה: 90201031

#	קוד פריט	תאור פריט	יח'	כמות	מחיר יחידה בש"ח	אחוז הנחה	סה"כ בש"ח
1	52001	קלנועית יחיד 4 גלגלים	יחידה	1.00	2,750.00	25.0%	2,062.50
2	99991	שיגור לבית הלקוח 99	יחידה	1.00	30.00	100.0%	0.00
סה"כ : 2,062.50							
עיוול : 1,763.26							
סה"כ לפני מע"מ : 299.74							
מע"מ : 17.0%							
סה"כ לתשלום בש"ח : 2,063.00							

מרל"ג מודיעין

מחנ: 9

*** פרוט תקבולים ***

קופה: 902

תשלום	תאריך	מס' המחאה	בנק	מס' תשלומים	מס' חשבוך/אשראי	עבר	מס' הזמנה	סכום בשי"ח
אשראי	20/12/2020	7771883	2	10	6860			2,063.00
סה"כ אשראי: 2063.00								
ניכוי במקור: 2,063.00								
סה"כ 2,063.00								
סה"כ 2,063.00								

מס' תעודה: 218120450

נשמח אם תעזרו לנו לעזור לכם. הקדישו כמה דקות ודרגו אותנו בזאפ
איך עושים את זה? חפשו באינטרנט "זאפ חוות דעת". רשמו בשם החברה "ישמ" ופעלו לפי ההוראות
מטעמי ההיגיינה אין החזרה ו/החלפה של הפריטים הנועדים לשימוש אישי, עמכם הסליחה
החלפת/החזרת מוצרים ניתנת אך ורק במסירת חשבונית / קבלה מקור ובכפוף לכל דין

מדרכי גור 23 מודיעין טל' 02-6444670 פקס 02-26444671

כתובת האתר שלנו www.yasam.co.il

מוקד הזמנות טלפוני 02-6444-670

בוצע ע"י: דסיצ

15202N

פיט סטט פרו ספורט

טוקולוב 27 חולון
טלפון : 036540202

מוכר: אפלסוני ג'ני

ח.פ. 51-476201-2

10:33 09/03/21
מקור

הצעת מחיר מס' 10073

(2300990)

לכבוד
רדעי אביבה

טלולרי: 0525467776

מס' 5202

קוד פריט	פרטים	סה"כ
113	מדרס מרחון	1367.52
4029925197240	555.56 GENUHIT PL	
חייב מע"מ 17.00%	1923.08	
חייב מע"מ 30%		
סה"כ לפני הנחה	1923.08	
סה"כ לפני מע"מ 17.00%	1923.08	
מע"מ	326.92	
סה"כ כולל מע"מ	2250.00	

פיט סטט פרו ספורט בע"מ

דח"מ

ט.ל.ח.

פיט סטפ פרו ספורט

טוקולוב 27
טלפון : 036540202
מוכר: אפלסוני ג'ני
ח.פ. 2-51-476201
10:33 09/03/21
מקור

הצעת מחיר מס' 10073

לכבוד
דרעי אביבה
(2300990)
טל: 52025452
סלולרי: 0525467776

קוד פריט	פרטים	סה"כ
113	מדרס מרחון 1367.52 GENUHIT PL 555.56	4029925197240
חייב מע"מ 17.00%	1923.08	
סה"כ לפני הנחה	1923.08	
סה"כ לפני מע"מ 17.00%	1923.08	
מע"מ	326.92	
סה"כ כולל מע"מ	2250.00	

פיט סטפ פרו ספורט בע"מ
חתימה:

7/5/15

www.fitsteppro.co.it

האורטופדי

רשת מכוני אורטופדיה לבריאות כף הרגל
טל': 201-200-200

1-700-700-201 : 'טל

פיט סטפ פרו ספורט בע"מ

סקור

מקור
25/4/2021

10901

'00

חשבונית מס/קבלה

1873

ה'תש"ח

לכבוד:

כתובת: מגדל הירמיהו 30 לחור חול

הסכום		מחיר יח'	פרטים	כמות
1500	-		אחדות פרא'מיק	1
400	-		תואר בקר שלטון	1
			52025541 . 5. x	

באשראי

במזומן.

חם' שיק

חם' ש"ק

לפי ח-1 ק

את המורה

זיט שטענדיג פארט שפארט בעיימ

102577

לפי ח-ו קופה מס'

118

• בית המדרש/

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, א"ר ב"ר, מס' 5202554, מרחוב המלך סב"ל, נגד
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של 12.11.21 מבלי לפגוע בכלליות המימון 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, 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.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>52025541</u>	<u>אריז</u>	<u>ד"ר</u>	<u>שם משפחה</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>חולון</u>	<u>30</u>
		עיר	מס'
			<u>רחוב</u>

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 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 שלהן, 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: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 16.4.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. ע"ד אריאל ברלין חתימה: X מס' רשיון: 2254

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 4 שנה 21

חתימה: X



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



הסכם לתשלום שכר טרחה - נזיקין, חבויות ופוליסות

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות לטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד, כדלקמן:

- א. ~~תשלום ראשוני בסך 2,500 ₪ בתוספת מע"מ~~
- ב. תשלום עבור כל ישיבת בית משפט בסך _____ ₪, ישולם לפני כל ישיבה.
- ג. תשלום עבור סיכומים בכתב – כגובה התשלום עבור 4 ישיבות בית משפט, ישולם לפני הגשת הסיכומים.
- ד. בנוסף, ישולמו לעורך הדין אחוזים מהסכום הכולל שיפסק לזכות הלקוח על ידי בית המשפט (כולל מקדמות) או מתוך הסכום הכולל שיושג בפשרה, כדלקמן:
 1. 20% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 2. 24% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 3. 30% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור, או במקרה של פשרה שתושג לאחר דיון בבית המשפט (תשלום זה ישולם לעורך הדין בכל מקרה, אף אם יוגש ערעור על פסק הדין).

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות ומע"מ שיחולו על הלקוח, לרבות סך של עד 500 ₪ + מע"מ כסכום גלובלי עבור הוצאות משרדיות (צילומים, טלפונים, נסיעות, פקסים, דואר וכו') אף ללא קבלות. על חשבון ההוצאות ישלם הלקוח לעוה"ד סך של 1,200 ₪ (יגבו בסוף הטיפול)

4. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
5. הלקוח מאשר לעוה"ד לנכות ולקזז מתוך כל סכום שיתקבל עבורו את שכר הטרחה המגיעים לו בהתאם להסכם זה.
6. הלקוח מאשר לעוה"ד לנכות ולקזז מתוך כל סכום שיתקבל עבורו את שכר הטרחה המגיעים לו בהתאם להסכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן:
 - א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
 - ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
 - ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
 - ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
 - ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
 - ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
 - ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 5 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

הלקוח

