



לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון : תאונה מיום 18/04/2024
רכב נושא מ.ר. 66-273-32
הנפגעת: זהבה רייך, ת.ז. 47417662

הנני מייצג את מרשתי הנפגע שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 18.4.2024 בסביבות השעה 20:00, או בסמוך לכך, ברחוב השלום, בבאר שבע, עת חצתה עת הכביש, רכב הנושא מ.ר. 66-273-32, המבוטח בחברתכם, פגע במרשתי והיא נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, וקישור לסרטון המתעד את התאונה, מסומנים "1"

<https://1drv.ms/v/c/3ff88636c9b8d2e7/ETSeQIGsHa1DuD38HEBYaP0BTm5bdw8Se2hmfCnPuikB4Q?e=CBiFcp>



2. ממקום התאונה פונתה מרשתי לקבלת טיפול בבית החולים סורוקה, בבאר שבע, שם אובחנו חבלות בפלג גופה התחתון, בדגש על רגל, ברך וקרסול ימין, עם קושי ניכר בדריכה. בדיקות הדמיה שבוצעו למרשתי הדגימו שבר בטיביה מימין עם קריסה, ספק שבר תלישה בפטישון הלטרלי בקרסול ימין. לאחר התייעצות עלתה האפשרות בצורך בהתערבות ניתוחית בהמשך, ניתנה לה זריקת נוגדי קרישה והיא שוחררה לביתה בליווי כשרגלה חבושה, עם סד ברך, כשהיא מנועה מדריכה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת זריקות נוגדי קרישה, נטילת משככי כאבים ומנוחה ממושכת.

3. מרשתי אשר מחמת התאונה ותוצאותיה הייתה מנועה מדריכה, עם כאבים עזים וקושי ניכר בתפקוד נזקקה לעזרה, תמיכה וליווי צמוד, , עזרה בקבלת זריקות נוגדי קרישה, טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומעקב רפואי בליווי.

4. לאחר התייעצות עם אורתופד מומחה, מנהל היחידה לטראומה אורתופדית אבחן שברים עם פרוגנוזה קשה ובשים לב לגילה המליץ על המשך טיפול שמרני ואיסור על דריכה למשך חודשיים ימים לפחות, והמשך מעקב וטיפול רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "2".

5. בעטייה של התאונה ותוצאותיה נזקקה, ועודנה נזקקת מרשי לעזרה וסיוע בביצוע פעולות היום-יום, היא נאלצה להעסיק עזרה בשכר וזכאותה בביטוח לאומי נקבעה ברמה 5.

רצ"ב אישור העסקת עובד זר ומכתב זכאות מטעם המל"ל-ענף סיעוד, מסומנים "3".

6. בעטייה של התאונה הפכה מרשתי, מאישה עצמאית ופעילה ביחס לבני גילה, לאישה הנזקקת לעזרה, סיוע ותמיכה בפעולות היומיום, היא מתקשה בניהול משק ביתה ובביצוע פעולות שגרתיות, נזקקת לקבלת טיפול רפואי ושימוש במשככי כאבים והיא תיזקק לכך גם בעתיד.

7. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקקת מרשתי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות והיא תיזדקק להם גם בעתיד.

8. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים רפואיים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 180,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

9. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 5 עד 6)	5
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 8 עד 14)	8
נספח 3: מכתב העסקת עובדת והחלטת מלל ענף סיעוד (עמודים 16 עד 17)	16
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 19 עד 21)	19



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 5 עד 6)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
טלפון 086615714
פקס 086615718
דואל bohanim.negev@police.gov.il

מספר תיק פלא 164190/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ו
תאריך 19/08/2024, ט"ו אב תשפ"ד, 11:46

לכל המעוניין

תאריך התאונה 18/04/2024 בשעה 20:00

מקום התאונה

באר שבע השלום 61 בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
6627332	פרטי נוסעים	פיאט תורכיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפניקס הישראלי	23-075-540-175779000	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	311833768	ארונוב נריו	14/10/1961	באר שבע, וולפסון דוד 30		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	24128761	שאממא אליהו	20/06/1969	באר שבע, השלום 53	סורוקה - באר שבע (מרכזי בנגב)	קלה
הולך רגל	3336104	רייך זהבה	11/12/1935	באר שבע, השלום 53	סורוקה - באר שבע (מרכזי בנגב)	קלה



כמות נפגעים

מתאריך	מצב התיק	כמות נפגעים
19/08/2024	בחקירה	2

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
הילה הגר	בונפלד	1933381

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1933381	הילה הגר	בונפלד	צוער	חוקר משל

חתימה
19/08/2024 11:46

מקום שרות

שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 8 עד 14)



הופק ע"י דר' צייטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18/04/2024 20:26 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FALL ACCIDENT	E8889			✓			
CLOSED FRACTURE OF UNSPECIFIED PART OF TIBIA	82380	Right					
SZ 2							

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 88 ברקע המחלות הר"מ.
 בין רכב לשני הולכי רגל.
 בהגיענו למקום הנל ישובה על כיסא בכביש לדבריה נפגעה מרכב בכביש ונחבלה ברגל ימין כרגע מרגישה כאבים מאזור הקרסול עד אזור הברך ומתלוננת על קושי בהליכה

בבדיקתו במיון
 יציבה הימודנת ונשמתי
 מדדים חיוניים בגדר הנורמה
 ומתלוננת על קושי בהליכה

לב: קלולת לב סדירים ללא מהירים ללא נשמעו אוושה
 ריאות: כניסה אוויר שווה טובה דו"צ ללא חוחרים או צוצופים
 בטן: רכה ללא רגישה
 גפיים: ללא בצקות או סמני DVT

רגישות לתרופות

שם התרופה
 PENICILLIN G SODIUM
תאריך רישום
 01/02/2018

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

הופק ע"י דר' צייטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18/04/2024 20:26 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	---

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	חום PO	VAS
20:40 18/04/2024	108	215/103	98	36.6	
20:39 18/04/2024					6

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' צייטלין אילן מ.ר. 168059, מיון אורתופדי

תאריך עדכון: 01:25 19/04/2024

דיווח / דיון: בת 88 ברקע מחלת לב איסכמית, אסטמה קלה, התסידות מתסם מיטרלי, ירידה בראייה בעין שמאל על כ מתהלכת עם מקל הליכה. ההית מעורבת בתאונת דרכים, כאשר רכב לא בלם ופגע בברך ימין. מתלוננת על כאבים בקרסול ובברך ימין מתקשה לדרוך ולשאת משקל.

בבדיקה:
 יציבה הימודנת ונשמטית
 מדדים חיוניים בגדר הנורמה
 רגישות במישוש ברך ימין, רגישות בקרסול ימין, נפיחות קלה בקרסול בחלק הלטרלי, ללא רגישות גרמית ברורה, רגיש יותר באזרו ה ATFL.
 מניע קרסול עם מעט הגבלה בטווחים משני לכאבים, הנעת ברך כאובה.

בצילום- שבר משטח טיבאלי מימין SZ 2 .
 בצילום קרסול ספק שבר תלישה של פטישון לטרלי.

הושלם CT -שבר משטח טיבאלי SZ 2 .
 עם קריסה גדולה.

הושם מקבע ברך TSCOPE נעול.
 בוצעה זריקת קרוסיה

יחד עם תורן בכיר, בוצעה שיחה עם המטפולת, והוסבר על טיפול ניתוחי. הוסבר כי שבר מסוג זה דורש טיפול לקיבוע, אך בגילה יש צורך בדיון צוות עקב הסבירות כי גם TKR יוכל להתאים בהמשך.
 מטופלת בשלב זה אינה מעוניינת בניתוח כלשהו כלל, על כן, הוחלט על שחרורה והמשך דיון צוות בשאלה זו.

הושמה חבישה אלסטית מרופדת לקרסול שמאל.

המלצות:

הופק ע"י דר' צייטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18/04/2024 20:26 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	---

המשך מעקב רופא מטפל
 נגד כאיבם ע"פ הצורך
 הנעה לפי יכולת של קרסול ואבצעות
 ללא דריכה על רגל ימין
 טיפול בזריקות קרוסיה 40 מ"ג פעם ביום, עד לחזרה לדריכה מלאה.
 ביקורת בעוד שבועיים במרפאת טראומה אורטופדית, יש לקבוע תור 086403785
 בכל החמרה יש להגיע לבדיקת רופא
 רפאוה שלמה!

נרשם ע"י: דר' קוקייב איוון מ.ר. 158453, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 18/04/2024 22:11

דיווח / דיון: אירוע דריסה חבלת גפיים
 עוברת למיון אורטופדי
 צילום חזה תקין

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
Drug Dosage: 0.5 ml	SRG	18/04/2024 22:18	Once Rate from nurse:0	IMOVAX-DIPH.TETA .ADULT VAC SRG 0.5 ml	IntraMuscular
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	19/04/2024 00:27 אמדור אנה מ.ר. 239706	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral

סיכום

ללא בעיה כירורגית חריפה.
 משתחררת במצב כללי טוב, עם המלצות הבאות:

1. המשך מעקב רופא מטפל
2. מנוחה, נגד כאבים לפי הצורך
3. בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא עוברת למיון אורטופדי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

הופק ע"י דר' ציטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18/04/2024 20:26 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.			14 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓	ביו-סימילאר של התרופה clexan. לא ניתן להחליף בין התרופות. התרופה אינה מיועדת לשימוש בנשים מניקות או בהריון.			14 ימים	1 X 1 ביום	40 mg	SubCutaneous	CRUSIA PREFILLED (ENOXAPARIN)

רופא אחראי

רופא: דר' קריספיל יונתן מ.ר. 145728
 רופא: דר' ציטלין אילן מ.ר. 168059
 רופא: דר' קוקייב איוון מ.ר. 158453
 רופא: אמין עאבד

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' ציטלין אילן מ.ר. 168059

תאריך: 13/05/2024

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רייך זהבה	מס זהות:	00003336104	גיל:	88.05	מין:	נ
ת.לידה:	11/12/1935	ישוב:	באר שבע	רחוב:	השלום	טלפון נוסף:	52-3433623	
מס בית:	3 / 53	טלפון:	52-2629601					

תאריך תאונה 18/04/2024

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מיועד ל- כל המעוניין

נרשם	על סמך הרשום בתיק	משקל	85 kg	גובה	160 cm	לחץ דם	70 / 140 B.P	מעשן	בעבר	bmi	33.20
------	-------------------	------	-------	------	--------	--------	--------------	------	------	-----	-------

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

ת.גילוי	איפיון	בעיה
		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/2003		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE
01/02/2003		CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
01/05/2004		VARICOSE VEINS
01/06/2004		HYPERTENSION ESSENTIAL
01/06/2004		HYPOTHYROIDISM
01/06/2005	BE	SENILE MACULAR DEGENERATION
01/06/2005	BE	INSERTION OF PROSTHETIC LENS (PSEUDOPHAKOS)
01/01/1950		PSORIASIS
01/09/2007	ANTRAL	GASTRITIS
01/04/2009		GLAUCOMA
01/01/2010		POLYMYALGIA RHEUMATICA
01/08/2012		BMI >30
01/01/2013		FRACTURE VERTEBRAL COLUMN
01/01/1958		SMOKER
04/05/2015		SUBDURAL HEMORRHAGE FOLLOWING TRAUMA
16/01/2022		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
07/03/2022		OSTEOARTHRITIS OF KNEE
18/04/2024	rt	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
18/04/2024	rt	FRACTURE TIBIA
18/04/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS

Past Diagnoses

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	איפיון	בעיה
	00/09/1991		SEPTO-LATERAL WALL ISCHEMIA
			ULCER DUODENAL
00/01/2001	00/01/2001		SMOKER P/H
00/00/2019	00/00/2019		SMOKER

Sensitivities to Drugs

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י	חומרה
VENLAFAXINE HCL XR TAB 150MG 150mg	ישננות	רופא	

Penicillin G.

מידע ישן

Other Sensitivities

רגישויות אחרות

רשימת רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אין רגישות ל פניצילין - לקחה מוקסיפן	ללא תופעות לוואי	

Medications

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
VENLAFAXINE HCL XR TAB 75MG 75MG	1	טבליות	2	ביום
TROSPiUM CHLORIDE TAB 30MG 30 30MG	1	טבליות	1	ביום
LOSARTAN POTASSIUM 50 MG TAB 50MG	1	טבליות	2	ביום
LEVOTHYROXINE ELTROXIN 50MCG 50MCG	1	טבליות	1	ביום
LEVOTHYROXINE ELTROXIN 100MCG 100MCG	1	טבליות	1	ביום
CONTROLOC (N) 20MG TAB 20MG	1	טבליות	2	ביום
OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G		מריחה	2	בשבוע
WELLBUTRIN XR 300MG (M) TAB 300MG	1	טבליות	1	ביום
XALACOM COL	1	טיפות	2	ביום
COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000UNIT	1	טבליות	1	ביום
MICROPIRIN 75MG TAB 28 75mg	1	טבליות	1	ביום
VERAPAMIL 80 MG TAB 80MG	1	טבליות	2	ביום
LIPITOR 40MG TAB 40mg	1	טבליות	1	ביום
SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg	1	שאיפות	2	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25mg	1		1	ביום

הערות סובלת משבר בקרסול ימין אחרי תד רגל נמצאת בסד מרותקת לבית וכיסא זקוקה לעזרה בכול adl מצב החמיר במשך חודש אחרון

נחתם דיגיטלית**

23564

ד"ר יאנה רחמילביץ'

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.
קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופס/ו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.
כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.
תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות



Dr. Korngreen Amir

Orthopaedic Surgeon

License number 15869

Head of Orthopaedic Trauma Unit in Orthopaedic department in Soroka Medical Center (Emeritus)

Moshav Teashur, 46 D.N. Negev 8539800 Israel

Tel: 054-313-1334 Fax: 08-9987045 mobile: 054-4686216

Email: Korngreen@walla.com

ד"ר קורנגרין עמיר

אורתופד מנתח

מס' רשיון מומחה 15869

מנהל היחידה לטראומה אורתופדית במחלקה האורתופדית במרכז הרפואי סורוקה (בדימוס)

מושב תאשור משק 46 ד.נ. נגב 8539800

טל. 054-313-1334 פקס. 08-9987045 נייד: 054-4686216

תאריך: 24/4/20

אל: בן פול

הרב: כ"ק פה זה.

זה ע

דיטאניץ מאטאלא נפגד - דיר'ר

פולקו - משכר הן הפסאן השלם זדכ

ומן. השכר עת שקיע - פסגם של צבא

וואלס זהשואו - איהו הכרואו - של צבא

הבאמו - להנצח הבין זינק סב צ'הא

לכדור, קטאר מלח ואלה ברחוב הסלח

הן להנצח קטאר שמינ' ע הנה הבין

הן קטאר קטאר - אלה נש

הן קטאר קטאר - אלה נש

הן קטאר קטאר - אלה נש

ד"ר עמיר קורנגרין
אורתופד מומחה
מס' רשיון מומחה 15869

נספח 3 :

מכתב העסקת עובדת והחלטת מלל ענף סיעוד

(עמודים 16 עד 17)



סתרונות סיוע ב"מ
Yad Harutzim manpower agency

הרצל 5, ת.ד. 513985317, פקס: 08-6726226, טל: 08-6726227
513985317, ת.ד. 513985317, פקס: 08-6726226, טל: 08-6726227
www.yadharutzim.com



מכתב השמה

אישור על רישום מעסיק ועובד זר בלשכה פרטית בענף הסיעוד

Certificate of Placement with Recruitment Agency --- Caregivers and Employers

הנני לאשר כי העובד הזר והמעסיק שפרטיהם מופיעים להלן נרשמו ביום 08/05/2024
בלשכה הפרטית(שם הלשכה הפרטית): יד חרוצים פתרונות סיעוד בע"מ ח.פ. : 513985317 רחוב ומספר: הרצל 5

עיר: אשקלון מספר טלפון: 08-6726227 מספר פקס: 08-6726226
מספר טלפון לשימוש הנרשמים בשעות בהן המשרד סגור: (להלן: הלשכה הפרטית).

פרטי העובד הזר:

מרג'ב: Montcalto Analyn בעלת דרכון מספר p5097723b
עיר: באר שבע רחוב ומספר דרך השלום 53 דירה 3
ארץ מוצא: פיליפינים תאריך לידה 15/12/1986 (להלן: העובד)

פרטי המעסיק של העובד הזר:

מרג'ב: רייך זהבה ת.ז. 003336104 רחוב ומספר דרך השלום 53 דירה 3
עיר: באר שבע טלפון: 0522629601 (להלן: המעסיק)

במקרים בהם, מחמת מצבו הבריאותי, המטופל נרשם בלשכה באמצעות קרוב משפחה או אפוסטרופוס, יש לרשום גם את פרטי קרוב המשפחה או האפוסטרופוס כלהלן:

שם: ת.ז. כתובת
טלפון קירבה למטופל:

I hereby certify that the following Employer and Foreign Caregiver registered on (date): 08/05/2024

with the Licensed Recruitment Agency(Agency Name): Yad Harutzim LTD

Agency Registration No: 513985317 Agency Address herzel5 , ASHQELON

Agency telephone number: 08-6726227

Agency telephone number for emergency calls: (hereinafter: The Agency)

Caregiver Details:

Mr./Ms Montcalto Analyn Passport County PHILIPPINES Passport Number p5097723b Birthdate 15/12/1986 (hereinafter: the Caregiver).

Employer Details:

Mr./Mrs. I.D. number 003336104 Street Address: (hereinafter: the employer)
City BE'ER SHEVA

If a family member or official Guardian of the employer registered with the Agency on behalf of the employer, please include the following information regarding the family member or Guardian:

Name of Family Member or Guardian: I.D. Number Address:
Telephone Number:

יד חרוצים
פתרונות סיעוד בע"מ
ח.פ. 513985317

15/05/2024

תאריך- date

רמי בר

שם מורשה החתימה -
name of agency representative

חתימה וחתימה
מורשה חתימה
מטעם הלשכה הפרטית

80671

לכבוד

זהבה רייך

השלום 53 דרה 3

באר שבע 8442433



813-015-102

תיק: 3336104

מנה: 0703

יט בסיון, תשפ"ד

25 ביוני 2024

גברת נכבדה,

הנדון: בדיקה מחדש של זכאות לגמלת סיעוד בעבור רייך זהבה

בהמשך לתביעתך לבדיקה מחדש מיום: 16/06/2024, המוסד לביטוח הלאומי בדק מחדש את זכאותך לגמלת סיעוד. אנו מביאים לידיעתך כי על פי ממצאי הבדיקה נקבעה זכאות ברמה 5, בסך 22.00 יחידות סיעוד לשבוע הקביעה נעשתה על סמך מסמכים רפואיים בלבד וללא צורך בבדיקה תפקודית. אם אינך מסכים עם הקביעה תביעתך תבדק מחדש. עלך לפנות למחלקת סיעוד לא יאוחר מתאריך 25/07/2024 בפקס 08-6295385 ניתן לפנות גם ליעוץ לאורח הוותיק ומשפחתו בסלפון בשפה העברית 026463400, ערבית 026463401, רוסית 026463402, אמרית 026463403, אנגלית 026463404. עד לתוצאות הבדיקה תמשיך לקבל שירותי סיעוד ואו גמלה בכסף בהתאם לקביעה הראשונית. שיעור הזכאות הוגדל מיום - 23/06/2024. לידיעתך, אם בעתיד תהיה החמרה נוספת במצבך התפקודי, אפשר לפנות ולבקש בדיקה מחדש של הזכאות בצרוף מסמכים רפואיים עדכניים. זכור, יש להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי במצב החובע (אשפוז, שינוי כתובת, מצב משפחתי, כניסה לבית אבות, שינוי בהכנסות וכד'). בכבוד רב פקיד תביעות (כל האמור בלשון זכר מכון גם לנקבה)



BTL.GOV.IL

טל: 6050* או 1-222-6050

פקס: 08-6295385

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף באר שבע

וולפסון 6

באר שבע 8410501

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00

נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 19 עד 21)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה ה"ק שם פרטי ה"ק תעודת זהות 03336104 שם האב 213
 רחוב ה"ק מס' 53 עיר קארקל מיקוד 0522 629601 טלפון 0522 629601

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב' שם קופ"ח: כ"ק סניף: קארקל מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: _____
 מכוניס, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 2.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X

עו"ד ענת ברנשטיין-רייד
 מ.ר. 16335
 אבא הלל 7, רמת גן
 טל: 03-7526070 / 03-56489

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 0333 6104, מרחוב האל 53 כ"א תל אביב,
ת.ז. מס' 18.4.24, את עו"ד אריאל פרייברג ואו לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה בענין תאונת דרכים מיום 18.4.24 נגד מנהל תחבורה
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, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש 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 ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 2 לחודש אדר שנה 2025

חתימה X ענת ברנשטיין-רייד

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד ענת ברנשטיין-רייד
מ. 16235
אבא הלל שמיר רמת גן
טל: 03-7526070 פקס: 03-5756489