

תאריך חתימת המסמך : 21.4.25

דרור כהן, ת.ז. 31786031

התובע :

מרחוב מכבי 42, רעננה 4325431
טלפון : 052-2944347

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.co

– נ ג ד –

מגדל, חברה לביטוח בע"מ

הנתבעת :

מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל' : 03-9201010 דוא"ל : tiviothova@migdal.co.il

כתב תביעה



סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

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

סכום האגרה : 819 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל 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.

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 3.8.1974, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 87-812-88 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה ופוליסת חובה, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, שכיר בחברת קופות רושמות מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 19.5.24, בשעה 8:20 או בסמוך לכך, בכביש 4 בק"מ מס' 127.6, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 30-740-13, כתוצאה מהתאונה התובע נפצע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה החל התובע לסבול מהקאות וכאבים בצוואר ובגב, הוא פנה לבית החולים "מאיר", בכפר סבא, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו, בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי, תוך הנחייה לבדיקות הדמיה בקהילה ומנוחה.
9. התובע המשיך לסבול מהגבלה בתנועות הצוואר וכאבים בעורף ובגב תחתון. הוא פנה למעקב הרפואי בקהילה, בבדיקתו נמצא רגישות לאורך חוליות הצוואר, הוא הופנה לצילומי CT נוספים, וטיפולי שונים לשיכוך כאב שכוללים פיזיותרפיה, רפואה משלימה במסגרת "מכבי טבעי", המשך מעקב רפואי ומנוחה בת חודש ימים.
10. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים במטרה להיטיב את הכאבים ולהקנות טווחי תנועה מלאים, אך חרף התמדתו בטיפולים

המטרות הושגו באופן חלקי והוא נותר עם כאבים חזקים בצוואר ובעיקר בגב תחתון ונותר עם קושי רב בהליכה ובכיפוף.

11. עקב הימשכות הכאבים וההגבלה בטווחי התנועה לאורך עמוד השדרה המשיך התובע במעקב רפואי, הוא הופנה להמשך מעקב רפואי שכלל ייעוץ אצל מומחה לכאב, בדיקות דימות נוספות וטיפול פיזיותרפיה נוספים, כתוצאה מהבדיקות והטיפולים הרבים הוא נזקק לימי חופש מרובים מעבודתו.

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

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והמותניים, מכאבים עזים, מקושי בהליכה ממושכת, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, מקושי וכאבים בכיפוף ויישור, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע עובד בחברת קופות רושמות, עוסק בתחום השיווק, הפצה וטיפול בלקוחות חדשים וקיימים, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בכיפוף ונשיאה, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

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



חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---------------|---|
| נזק 120,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| נזק 20,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| נזק 5,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| נזק 20,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

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.

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תיעוד רפואי (עמודים 11 עד 44)	11
נספח 3: טופס 1 - אורתופדי (עמודים 46 עד 46)	46
נספח 4: יפוי כח ווסר חתום ומלא (עמודים 48 עד 49)	48



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 9)





מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת כפר סבא שרון
כתובת דרך השרון 1
טלפון 09-7473444
פקס 09-7697870

מספר תיק פלא 207718/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 21/05/2024, י"ג אייר תשפ"ד, 12:51

לכל המעוניין

תאריך התאונה 19/05/2024 בשעה 08:20

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 4 ק"מ מס 127.6

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

1374030

חברת ביטוח

סוג רכב

פרטי נוסעים

מספר פוליסה

תוצר רכב

סובארו יפן

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב

ת.ז

שם מלא

שנת לידה

כתובת

קופ"ח / בית חולים

חומרת הפגיעה

נהג

פרטי הרכב

מספר רכב

8881287

חברת ביטוח

מגדל

סוג רכב

מרכב אחוד

מספר פוליסה

0425124463024

תוצר רכב

סיטרואן ספרד

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב



שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	31786031	כהן דרור	03/08/1974	רעננה, מכבי 42	ב"ח מאיר - כפר סבא	קלה

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

מתאריך

מצב התיק

כמות נפגעים

21/05/2024

בחקירה

1

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי

שם משפחה

מ"א

קארין

נוני

1058064

פרטי השוטר המוסר

תפקיד

דרגה

שם משפחה

שם פרטי

מספר אישי

חוקר משל

רסב

נוני

קארין

1058064

חתימה

מקום שרות

תחנת כפר סבא שרון



בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 49
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 1993
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW): לא
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW): לא

בעלות הרכב פרטית
 אם הנהגים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח
 שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו
 לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקובים + מספר זהות		סוג רכב	
סוג רכב לצורך ביטוחו		מסחרי	
מספר זהות: 57978330		נפח מנוע: 1560 סמ"ק	
מספר תעודה: 52873754		מסחרי	
גבעת שמואל 5442541		נפח מנוע: 1560 סמ"ק	
תאריך הוצאה: 27/03/24		מספר זהות: 57978330	
שעת הוצאה: 15:20		מספר תעודה: 52873754	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/24		מועד פקיעת הביטוח: 31/03/25 (בחצות)	
מספר הרישוי: 8881287		מספר זהות: 57978330	
מספר הסוכן: 234021		מספר תעודה: 52873754	
שם הסוכן: קול מגדל		מספר זהות: 57978330	
שם הסוכן: קול מגדל		מספר תעודה: 52873754	
מספר פוליסה: 04 25124463024		מספר זהות: 57978330	
מספר זהות: 57978330		מספר תעודה: 52873754	
מספר תעודה: 52873754		מספר זהות: 57978330	
מספר זהות: 57978330		מספר תעודה: 52873754	

ק.ד. 1817068

השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר

שולם 1,399.00 ש"ח
 בתאריך 27/03/24 בשעה 15:20
 חשבון 8068484 אסמכתא 52873754
 אישור 149597778 חותמת הבנק

אני מאשרים כי הפוליסה
 שתעודה זו שייכה לה מוצאת לפי
 הוראות פקודת הביטוח
 מגדל חברה לביטוח בע"מ

הרחבות והגבלות
 אין

הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח
 1,399.00

נשאר ביד המבוטח לאחר התשלום בבנק

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח: כהן דוד ו/או דרור		גבעת שמואל 5442541	
תעודת לוי אשכול 34		מספר זהות: 57978330	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/24		מספר תעודה: 52873754	
מועד פקיעת הביטוח: 31/03/25 (בחצות)		מספר זהות: 57978330	
מספר הרישוי: 8881287		מספר תעודה: 52873754	
מספר הסוכן: 234021		מספר זהות: 57978330	
שם הסוכן: קול מגדל		מספר תעודה: 52873754	
מספר פוליסה: 04 25124463024		מספר זהות: 57978330	
מספר זהות: 57978330		מספר תעודה: 52873754	
מספר תעודה: 52873754		מספר זהות: 57978330	

חותמת הבנק
 רשות הדואר בנק הדואר
 שולם 1,399.00 ש"ח
 בתאריך 27/03/24 בשעה 15:20
 חשבון 8068484 אסמכתא 52873754
 אישור 149597778

היצרן
 סטירואן ברלינגו

ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש
 2017

מספר פוליסה
 04 25124463024

שם הסוכן
 קול מגדל

מספר תעודה
 52873754

הסכום לתשלום בש"ח
 1,399.00

הסכום לתשלום בש"ח
 1,399.00

ניתן לשלם בבנקים הבאים לזכות חשבון:
 חשבון מס' 809-339510/33
 חשבון מס' 500-368750
 חשבון מס' 535-128290
 חשבון מס' 267-265845
 חשבון מס' 461-363499
 חשבון מס' 7-88576-0

קוד מוטב 62-00622

השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)

נספח 2 :

תיעוד רפואי

(עמודים 11 עד 44)



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 19/05/2024 הופק ע"י ד"ר רוזנצווייג יהושע אהרון מ.ר. 168335 19/05/2024 17:56

שם משפחה:	כהן	ת. לידה:	03/08/1974	מיון כירורגי
שם פרטי:	דרור	ת. זהות:	3178603-1	מנהל מלר"ד: דר' רוזריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת:	מכבי 42, רעננה 4325431	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון:	0522944347	גיל:	49	מס' קבלה למחלקה: 2522820801
סוג דם:		מראה:		טלפון: 09-7471521
מחוז:		שם האב:	משה	פקס: 09-7410994
גורם מממן:	קופ"ח מכבי			

מספר קבלה: 2522820801

תאריך קבלה: 15:19 19/05/2024

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

רופא אחראי

רופא: דר' רוזנצווייג יהושע אהרון מ.ר. 168335

סיום טיפול במלרד: שחרור



אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E819		19/05/2024	✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 49 בריא

היום היה מעורב בתאונת דרכים במנגנון אחורי.
מציין 2 הקאות, ללא איבוד הכרה לא מלין על חבלות נוספות

במיון ל"ד מוגברים

מתהלך וכאוב

בטן רכה ללא רגישות ללא סימני חבלה
בית חזה ללא סימני חבלה ללא רגישות האזנה תקינה
בדיקה נוירולוגית גסה תקינה, אישונים שווים
ללא רגישות במישוש חוליות הצוואר.

הוצע CT ראש בשל ה-2 אירועי הקאות אך סירב

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: דר' רוזנצווייג יהושע אהרון מ.ר. 168335, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 17:54 19/05/2024

דיווח / דיון:

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	כהן	תאריך לידה:	03/08/1974
שם פרטי:	דרור	ת. זהות:	3178603-1
סוג דם:		שם האב:	משה

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
19/05/2024	15:24	מדדים		
			A	מצב הכרה
			165/109	לחץ דם
			83	דופק
			98	סטורציה באויר
				חדר
			3	רמת כאב

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	CPL	19/05/2024 17:22	Once Rate from nurse:0	ACAMOL CPL 1000 mg
		בזוגלו דנה מ.ר. 233469		Oral



חתם ע"י: דר' רוזנצווייג יהושע אהרון מ.ר. 168335

סיכום

בן 49, רקע כמתואר, התקבל למיון עקב מעורבות בתאונת דרכים. במיון, כינוח, עירני ומתקשר לעניין. בדיקה נוירולוגית גסה תקינה. שולל חבלת חזה

סירב לבצע בדיקת CT ראש וחתם על טופס סירוב טיפול

משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

המלצות

המלצה:

המשך מעקב רופא המשפחה.

המשך טיפול תרופתי קבוע.

משככי כאבים לפי הצורך ובמינון מקובל

במקרה של הופעת כאבי ראש, ירידה ברמת הכרה (בלבול, ישנוניות או איבוד הכרה) חסרים נוירולוגיים (מוגבלות פיזית חדשה), הקאות, פרקוסים או כל תסמין חריג אחר, יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 4 ימים.

במידה והמטופל פנה למיון בעקבות טראומה, יש לשקול הפנייתו להערכת גורם ברה"נ במסגרת קופ"ח במקרה של הופעת תסמינים נפשיים בתר חבלתיים.

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	כהן	תאריך לידה:	03/08/1974	מיון כירורגי
שם פרטי:	דרור	ת. זהות:	3178603-1	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	משה		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' רוזנצווייג יהושע אהרון 19/05/2024 17:56

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים גלויים



מ.ר גורם מפנה

ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה



026957



קוד הפניה: 379279858

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:

0031786031

מכון פיזיותרפיה

תלונות: תאגת דרכים 19.5, היה במיון ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

ממצאים: תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

- LITORVA 20MG X 30 1X1X60

תזופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: לטיפול, לאחר תאונת דרכים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/05/2024 עד תאריך - 18/11/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

22/05/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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.

מ.ר גורם מפנה



026957



ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974

מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:



0031786031

אישור מחלה

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

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

22/05/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

מכבי שירותי בריאות



תאריך: 23/05/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דקל אסף

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה:

03/08/1974

מין: ז



0031786031

כתובת:

מכבי 42, רעננה

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מיקוד 4325431

אישור מחלה בגין תאונת דרכים

אשר חלה/תה ב -

• WHIPLASH INJURY

19/05/2024 עד יום: 14/06/2024 סה"כ: 27 ימים.

אינו מסוגל לעבוד מיום:

23/05/2024

תאריך

ד"ר דקל אסף
חתימה וחזותמל הדפא
מ.ר. 31981 מ.ר.מ. 25462
מרכז הפונדק רמת"ש



תאריך: 23/05/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דקל אסף

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית



031981



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 379466623

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה:

03/08/1974

מין: ז

כתובת:

מכבי 42, רעננה



0031786031

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מיקוד 4325431

מרפאת מכבי טבעי

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

סיבת הפנייה:

תד ב 19.5.2024

נבדק במאיר

מנגנון אחורי

כאב צווארי עם הגבלה בטווח

כעת ללא הקאות

לא ביצע צילום או CT במיון

ללא חשד קליני לשבר

כאב גם בגב תחתון

ללא חסר עצבי

בצילום ללא עדות לשבר בצילום שינויים ניווניים

• WHIPLASH INJURY

פעילות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

מעשנת: לא

תרופות קבועות:

• LITORVA 20MG X 30 1X1X60

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

23/05/2024

חתימה וחוקת

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 23/05/2024 עד תאריך 19/11/2024

מכבי שירותי בריאות

פרטי מבוטח

שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
---------------	---------------	----------------

קבלה - 362406738

תאריך: 23/05/2024	רבעון: 2-2024
על סך 32.0 שקלים תמורת ביקור ראשון ברבעון קופת חולים מכבי עי	
ד"ר דקל אסף	טלפון: 050-6267970
הסכום הנייל נגבה עי הרופא המטפל- כנאמן לגביה עבור קופייה מכבי ומועבר לקופייה	

חתימת המבוטח

חותמת וחתימת הרופא
כנאמן לגביה



תאריך: 23/05/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



0031786031

טל.עבודה/נייד: 0522944347

כתובת: מכבי 42, רעננה

מיקוד: 4325431

מכון רנטגן

הבדיקה הדרושה

עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

קוד

2040

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

תד ב 19.5.2024

נבדק במאיר

מנגנון אחורי

כאב צווארי עם הגבלה בטווח

כעת ללא הקאות

לא ביצע צילום או CT במיין

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/05/2024 עד תאריך - 19/11/2024

23/05/2024

תאריך

חתימה וחומת

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 (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

מ.ר גורס מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מכבי 42, רעננה

כתובת:



0031786031

מיקוד 4325431

אישור ביקור

בתאריך: 16/06/2024 משעה: 17:00 עד שעה: 18:00

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

16/06/2024

תאריך

הראל זוסמן
פיזיותרפסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה
חתימה וחותמת המכון



תאריך: 27/06/2024

מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה: 03/08/1974

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0522944347

כתובת: מכבי 42, רעננה

מיקוד 4325431



0031786031

אישור ביקור

בתאריך: 27/06/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

27/06/2024

תאריך


ד"ר דור
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה
חתימה וחותמת המכון





888888

פרטי הנבדק:		שם משפחה: כהן		שם פרטי: דרור		ת.ז.: 31786031	
ת.לידה: 03/08/1974		מין: ז		טל.עבודה/בייד: 0522944347		מיקוד: 4325431	
כתובת: מכבי 42, רעננה		0031786031					

אישור ביקור

בתאריך: 18/07/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

18/07/2024

הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

חתימה וחותמת המכון

תאריך



מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה:

03/08/1974

מין: ז



0031786031

כתובת:

מכבי 42, רעננה

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מיקוד 4325431

אישור ביקור

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

25/07/2024

תאריך

בתאריך: 25/07/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

חתימה וחותמת המכון



תאריך: 01/08/2024

מכבי שירותי בריאות

זוסמן הראל

פיזיותרפיה

מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה:

03/08/1974

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0522944347

כתובת:

מכבי 42, רעננה



0031786031

מיקוד 4325431

אישור ביקור

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

בתאריך: 01/08/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

01/08/2024

תאריך

מכבי
הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

חתימה וחותמת המכון



מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל. עבודה/בייד: 0522944347	מיקוד: 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה	0031786031		

אישור ביקור

בתאריך: 08/08/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

15/08/2024

חתימה וחותמת המכון

תאריך



תאריך: 15/08/2024

מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

ת.לידה: 03/08/1974

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0522944347

כתובת: מכבי 42, רעננה

מיקוד 4325431



0031786031

אישור ביקור

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

בתאריך: 15/08/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

15/08/2024

תאריך

מכבי
הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

חתימה וחתימת המכון



תאריך: 18/08/2024

מכבי שירותי בריאות

זוסמן הראל

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה



888888

פרטי הנבדק:			
שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031	
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	
כתובת: מכבי 42, רעננה		מיקוד 4325431	



0031786031

אישור ביקור

בתאריך: 18/08/2024 משעה: 15:00 עד שעה: 16:00

מכבי
הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 185741
מרחב רעננה

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

18/08/2024

תאריך

חתימה וחותמת המכון



תאריך: 29/08/2024

מ.ר גורם מפנה



888888

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974

טל.עבודה/בייד: 0522944347

כתובת:

מכבי 42, רעננה

מיקוד 4325431



0031786031

אישור ביקור

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

בתאריך: 29/08/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

29/08/2024

הראל זוסמן
פיזיותרפיסט
מ.ר 187741
מרחב רעננה

תאריך

חתימה וחותמת המכון



תאריך: 10/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



176329

צור עמית

פיזיותרפיה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031



0031786031

ת.לידה:

03/08/1974

מין: ז

כתובת:

מכבי 42, רעננה

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מיקוד 4325431

אישור ביקור

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

10/09/2024

תאריך

בתאריך: 10/09/2024 משעה: 18:02 עד שעה: 18:32

מכבי
עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-176329

חתימה וחותמת המכון





176329

צור עמית

פיזיותרפיה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
ת.לדה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	מיקוד: 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה	 0031786031		

אישור ביקור

24/09/2024 משעה: 16:45 עד שעה: 17:30

בתאריך:

מכבי
עמית צור
 פיזיותרפיסט
 מ.ר 10-176329

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

24/09/2024

חתימה וחותמת המכון

תאריך



מ.ר גורם מפנה



176329

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: דרור

ת.ז.: 31786031



0031786031

ת.לידה: 03/08/1974

מין: ז

כתובת: מכבי 42, רעננה

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מיקוד 4325431

אישור ביקור

בתאריך: 10/10/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 18:00

ביקור/ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

10/10/2024

תאריך

עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-176329

חתימה וחותמת המכון





176329

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	מיקוד 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה			



0031786031

אישור ביקור

בתאריך: 22/10/2024 משעה: 10:00 עד שעה: 11:00

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

22/10/2024

מנבי
עמית צור
פיזיותרפיסט
10-176329

חתימה וחותמת המכון

תאריך





176329

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ד.: 31786031
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	מיקוד: 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה			
0031786031			

אישור ביקור

בתאריך: 04/11/2024 משעה: 15:45 עד שעה: 17:00

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

04/11/2024

תאריך

מס' 624921-01
מס' 624921-01

מס' 624921-01

חתימה וחומר המכון





176329

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	מיקוד: 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה	 0031786031		

אישור ביקור

בתאריך: 11/11/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

מכבי
עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר. 10-176329

חתימה וחותמת המכון

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

11/11/2024

תאריך





176329

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: דרור	ת.ז.: 31786031
ת.לידה: 03/08/1974	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0522944347	מיקוד 4325431
כתובת: מכבי 42, רעננה			

אישור ביקור

בתאריך: 19/11/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

19/11/2024

עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר. 10-176329

חתימה וחותמת המכון

תאריך





176329

פרטי הנבדק:		שם משפחה: כהן		שם פרטי: דרור		ת.ז.: 31786031	
ת.לידה: 03/08/1974		מין: ז		טל.עבודה/נייד: 0522944347		מיקוד: 4325431	
כתובת: מכבי 42, רעננה		0031786031					

אישור ביקור

בתאריך: 02/12/2024 משעה: 15:50 עד שעה: 17:00

עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-176329

ביקור/ה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

02/12/2024

חתימה וחזתמת המכון

תאריך





176329

פרטי הנבדק:		שם משפחה: כהן		שם פרטי: דרור		ת.ז.: 31786031	
ת.לידה: 03/08/1974		מין: ז		טל.עבודה/נייד: 0522944347		מיקוד: 4325431	
כתובת: מכבי 42, רעננה		0031786031					

אישור ביקור

בתאריך: 10/12/2024 משעה: 15:00 עד שעה: 17:00

עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-176329

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

10/12/2024

חתימה וחותמת המכון

תאריך





176329

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974

ת.לידה:



מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:

0031786031

אישור ביקור

בתאריך: 24/12/2024 משעה: 16:00 עד שעה: 17:15

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

24/12/2024

מסמכי
עמית צור
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-176329

חתימה וחותמת המכון

תאריך



תאריך: 03/04/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 428404358

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

כתובת: מכבי 42, רעננה

0031786031

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיין ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיזיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

אבחנות:



- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

תרופות קבועות:

- LITORVA 20MG X 30 1X1X60

מעש/ת : לא

סיבת ההפניה: להמשך טיפולים בשל המשכות תלונות, יצורף CT בברכה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2025 עד תאריך - 30/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/04/2025

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.

תאריך: 03/04/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



026957



קוד הפניה: 428404358

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

0031786031

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיין ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיזיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

אבחנות:



- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

בעיות ידועות:

• LITORVA 20MG X 30 1X1X60

תרופות קבועות:

מעש/ת : לא

סיבת ההפניה: להמשך טיפולים בשל המשכות תלונות, יצורף CT בברכה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2025 עד תאריך - 30/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/04/2025

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.



026957



משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

קוד הפניה: 428404601

טלפון: 09-7722266

מומחה ברפואת המשפחה

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:

0031786031

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיון ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיזיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L 3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

• LITORVA 20MG X 30 1X1X60

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: כאבים ממושכים, יצורף CT לצורך אובייקטיבציה. סיכום והמלצות להמשך

תאריך: 03/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 428404358

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק)

ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

כתובת: מכבי 42, רעננה

0031786031

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיין ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיזיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

בעיות ידועות:

• LITORVA 20MG X 30 1X1X60

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: להמשך טיפולים בשל המשכות תלונות, יצורף CT בברכה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2025 עד תאריך - 30/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/04/2025

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.



קוד הפניה: 428404601

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974

מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:

0031786031

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיון ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיזיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L 3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

- LITORVA 20MG X 30 1X1X60

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: כאבים ממושכים, יצורף CT לצורך אובייקטיבציה. סיכום והמלצות להמשך

מ.ר גורם מפנה



026957

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר ליבון דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 428404870

טלפון: 09-7722266

פקס: 09-7722255

כתובת: גובר רבקה 5, רעננה (מרכז מסחרי לב הפארק).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 31786031

שם פרטי: דרור

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0522944347

מין: ז

ת.לידה: 03/08/1974



מיקוד 4325431

מכבי 42, רעננה

כתובת:

0031786031

רפואה משלימה

שם המכון: מכבי טבעי, מרפאות. רעננה 09-7422121

תלונות: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תאנת דרכים 19.5, היה במיון ושוחרר. סירב ל CT בשל המתנה ממושכת. ממשיכים כאבים בעורף וגב תחתון.

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 סיים טיפולי פיסיותרפיה לפני 2-3 חודשים. מתרגל בבית. עדיין גב תפוס. הפסיק לשחק כדורסל. הכאבים גב תחתון ועמש"צ. לא מסובב בחופשיות את הראש לצדדים.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/05/2024 בשעה 17:30:27 תנועות צוואר מלאות אך מחושים בקצה התנועה

בביקור בתאריך 03/04/2025 בשעה 08:40:25 רגישות דיפוסית ע"ש מותני L 3-S1 וצווארי יותר C7-D1 מניע ראש לצדדים עד 45%, מעבר לכך מוגבל בשל כאבים.

אבחנה:



- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE IHD 50ies
- FAMILY HISTORY OF HYPERCHOLESTEROLEMIA both parents
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (07/2017) father age 58
- CAROTID ARTERY STENOSIS Moderate Left (07/2020)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA PURE (2011)

תרופות קבועות:

- LITORVA 20MG X 30 1X1X60

מעשנת: לא

פירוט

קוד

הבדיקה הדרושה

טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה

הנחיות הרופא: ממליץ על שילוב של אקופונקטורה ושיטת אלכסנדר בשל כאבים ממושכים לאחר תאונת דרכים, מעקב סדיר שלי

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

03/04/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר הנופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2025 עד תאריך - 30/09/2025

נספח 3 :

טופס 1 - אורתופדי

(עמודים 46 עד 46)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בנתניה

דרור כהן - נגד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

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

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת המרכז הרפואי "מאיר" 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 :

יפוי כח ווסר חתום ומלא

(עמודים 48 עד 49)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה כמן שם פרטי קור תעודת זהות 31786031 שם האב של
 שם נצ'ה מס' 42 עיר כסל מיקוד 4325431 טלפון 0522944347

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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: 7/4/25 עד לחתימה ומס' ארוע פרטיות: _____ חתימה: _____
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 3178603, מרחוב 42' 22, 432543 יפו, 7 חודש 4 שנה 2025 ת.ז.ח.פ. מס' _____

- נגד _____
- ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
 2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
 3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
 4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
 5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
 6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
 7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
 8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
 9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
 10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
 11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 7 לחודש 4 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X [Signature]
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין