

בבית משפט השלום
בנתניה

ת.א. 25 /

תאריך חתימת המסמך 25.5.25

התובע :

ישראל נתנאל שורץ, ת.ז. 211467113
מרחוב מוטה גור 12, גבעת שמואל
טלפון : 0505193737

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

– נ ג ד –

הנתבעת :

"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב
מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלת"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 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או הנוהג באופן הנושא מספר רישוי 483-73-002 (להלן: "הרכב/האופנוע").
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 ותעודת 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, צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עובד כשליח, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה במציאת עבודה, ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע לקבלת טיפולים רפואיים, נטילת משככי כאבים, טיפול לשיכוך כאב, טיפולי פיזיותרפיה והוא יידרש לכך גם בעתיד.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 7.3.23, בשעה 23:00 או בסמוך לכך, ברחוב הסיבים 53 בפתח תקווה, היה הרכב מעורב בתאונה, עת נפגע מבמפרים, התובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים "בלינסון", בפתח תקווה, ואובחן עם טנטון באוזניים, בחילות, כאבי ראש וכאבים בצוואר, בבדיקה קלינית נמצא רגישות והגבלה בתנועות הצוואר. בדיקת דימות הדגימה יישור לורדוזיס בצוואר, והוא שוחרר לביתו בהמלצה לטיפול פיזיותרפיה, עיסוי, מעקב רפואי אצל אורתופד, מנוחה ונטילת ארקוקסיה ותרופות לשיכוך כאב.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבי ראש, סחרחורות, בחילות, ומכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כולל הקרנת הכאבים לקודקוד, לאוזניים וללסת העליונה. הוא פנה לקבלת טיפול רפואי בקהילה, שם קיבל זריקה לשיכוך כאב והוא הונחה להמשך מעקב רפואי, כולל

בדיקות אצל אורתופד ונוירולוג, רפואה משלימה, פיזיותרפיה, עיסוי, בדיקות דימות נוספות, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

11. בעקבות ההגבלה והכאבים בהנעת הראש, והכאבים העזים בצוואר שהקרינו לראש, מחשש לפגיעה מוחית, הופנה התובע לCT ראש ומח על ידי נוירולוגית, שאף הורתה לו להתחיל טיפול תרופתי מניעתי, לחבוש צווארון לקיבוע הצוואר והפניה להמשך מעקב וטיפול שמרני.

12. התובע המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כאבים המקשים על תפקוד יום יומי, כולל הקרנת הכאבים ללסת ולאוזניים, עד כדי קושי בלעיסה, ואף הקרנה של כאבי הגב לברך עד כדי הגבלה משמעותית בתנועות הברך, הוא נשלח לCT ברך בשאלה לפגיעה עצבית והמשך מעקב נוירולוגי ואורתופדי.

13. התובע, חרף נסיבות אישיות מורכבות, התמיד בביצוע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, כולל תרגול ביתי עצמאי ועיסויים. אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והברך והוא נשלח להמשך טיפול במרפאות השונות, כולל מרפאת כאב.

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

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבי ראש, סחרחורות, בחילות ומכאבים והגבלה בתנועות הלסת התחתונה, מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והברך, מקושי בריכוז, במיקוד ובלעיסה, מקושי בצידוד והטיה, בכיפוף, כריעה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בעליה וירידת מדרגות, ובביצוע פעולות הכרוכות במאמץ פיזי והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, אשר עובד כשליח, מתקשה מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה בביצוע עבודתו, נאלץ להיעדרויות ממושכות, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

16. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

19. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| (1) הפסדי השתכרות בעבר – | ₪ 160,000 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 12,000 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 4,350 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 10,500 |

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 בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

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

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

22. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

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

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת פתח תקוה שרון
כתובת שטמפפר 53, פתח תקווה
טלפון 03-9393444
פקס 03-6803807
מספר תיק פלא 128229/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 21/03/2023, כ"ח אדר תשפ"ג, 14:46

לכל המעוניין

תאריך התאונה 07/03/2023 בשעה 23:00

מקום התאונה

פתח תקווה הסיבים 53 בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
48373002	אופנוע	קואנג יאנג טיר
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפול הישראלי	203-32230059092300	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	211467113	שוורץ ישראל נתנאל	11/04/2000	גבעת שמואל, מוטה גור 12	בילינסון - פתח תקוה	קלה

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים



כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
1	בחקירה	21/03/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
944777	עמבר	רון

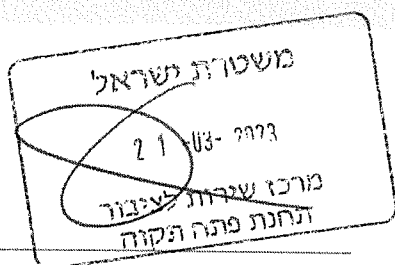
פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
944777	רון	עמבר	רסב	חוקר משל

מקום שרות

משרד אחמ פתח תקווה שרון

חתימה
21/03/2023 14:46



תיעוד רפואי

(עמודים 39 עד 54)





שם הרופא	ד"ר לביה ליפשה תמיר	מספר רשיון	22641
תחום	אורתופדיה	טלפון	03-6717800
כתובת	עזרא 11, בני ברק	פקס	03-6717801
מרפאה	עזרא - בני ברק	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 16/03/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שוורץ ישראל נתנאל	מס זהות:	00211467113	גיל:	22.11	מין:	ז
ת.לידה:	11/04/2000	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור			
מס בית:	12 / 15	טלפון:	50- 5193737	טלפון נוסף:	50- 5193737			

תאריך תאונה 07/03/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35757026947

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757026947

תז נבדק



0211467113

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	שירות רפואי
		ACCIDENT/INJURY, NOS	80015

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סי P/T
16/03/2023: חבלת צוואר ללא הפרעת סוגרים
צילום ללא שבר

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2010		ATTENTION DEFICIT DISORDER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2020	01/01/2015		SMOKER

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
	1	טבליות	5MG 5MG 1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG 1

ממצאים קליניים רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית קשה

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ה.ה.ר. 7

הפניה לפיזיותרפיה

שוורץ ישראל נתנאל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

16/03/2023

00211467113 - 39 - ודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר



שם הרופא	ד"ר לביה ליפשה תמיר	מספר רשיון	22641
תחום	אורתופדיה	טלפון	03-6717800
כתובת	עזרא 11, בני ברק	פקס	03-6717801
מרפאה	עזרא - בני ברק	מחוז	דן-פ"ת

סיכום ביקור תאריך: 16/03/2023

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שורץ ישראל נתנאל	מס זהות:	00211467113	גיל:	22.11	מין:	ז
ת.לידה:	11/04/2000	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור			
מס בית:	15 / 12	טלפון:	50-5193737	טלפון נוסף:	50-5193737			

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 07/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/03/2023
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: תלונות סי P/T
16/03/2023: חבלת צוואר ללא הפרעת סוגרים
צילום ללא שבר

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש צווארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית קשה

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 07/08/2019:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
16/03/2023

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לדימום	78184-צילום עמוד שדרה דנס	H3 הודפס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9 הודפס

תרופות

מ ק נ	OP	סה"כ משך ד פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
1W	N	30	D30	1 טבליות	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
אישור מחלה	11	06/03/2023	10/04/2023	הודפס

בברכה,

שם הרופא	ד"ר לביה ליפשה תמיר	מס' רשיון	22641	חתימה וחותמת הרופא
----------	---------------------	-----------	-------	--------------------

תאריך: 16/03/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שורץ ישראל נתנאל
ת.לדה:	11/04/2000
מס בית:	12 / 15
מס זהות:	00211467113
רחוב:	מוטה גור
טלפון נוסף:	50-5193737
גבעת שמואל	ישוב:
טלפון:	50-5193737
גיל:	22.11
מין:	ז

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 07/03/2023

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 06/03/2023 עד תאריך: 10/04/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 36

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

16/03/2023

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00211467113

שורץ ישראל נתנאל

תאריך: 19/03/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שורץ ישראל נתנאל	מס זהות:	00211467113	גיל:	22.11	מין:	ז
ת.לידה:	11/04/2000	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור	טלפון נוסף:	50-5193737	
מס בית:	15 / 12	טלפון:	50-5193737					

מספר הפניה ישירה: 35966011007

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966011007



0211467113



025964

שירות שנבחר

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

Handwritten signature

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/03/2023:

בא/ה בצורה דחופה.
ב8.3.23 הופנה למיון עקב כאבי בצוואר לאחר רכיבה על קטנוע ועבר מספר רב של במפיים. כאבי צוואר, בחילה, כאבי ראש
הוחל ARCOXIA ZALDIAR עם OMEPRADAX ללא הטבה
מומלץ עיסוי מקומי, PT
"עמש"צ ללא רגישות קו אמצע, פלקציה אקסטנציה ורוטציות בטווחים מלאים
עמ"ש טורקלי - ללא רגישות קו אמצע.
עמ"ש מותני - ללא רגישות קו אמצע.
כח גס 5/5 לכל הנתונות ב4 גפיים, תחושה שמורה במורד גפיים עליונות
ותחתונות, ללא חסר וסקולרי.
הוסבר למטופל שבדר"כ לאחר הפגיעות מסוג זה הכאב בצוואר מתגבר למשך מספר ימים הבאים ופוחת לאחר מכן.
נשלח לקבל טיפול אנלגטי ולהלשים צילום עמש צוואר.
מטופל לא מעוניין לקבל טיפול אנלגטי.
בצילום עמש ישור לורדוטי. ללא ממצא גרמי חריף"
19/03/2023
כאבי צוואר מקרין עד הקודקוד ואוזניים
בחילה וחולשה
16/3/23 נבדק ע"י אורטופדיה "רגישות ע"ש צואר ללא חסר נירולוגי הגבלה
בינונית קשה". נרשם ARCOXIA טרם התחיל
קבע לפיזיותרפיה

סימנים חיוניים: גובה 177 12/03/2023 משקל 73 12/03/2023 bmi 23.30

לחץ דם 85 / 115 12/03/2023

דופק 83 12/03/2023

מתאריך 13/03/2023 124.09 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 12/03/2023:
נראה מוגבל וכאוב, רגישות ניכרת פראורטברלית צוואר דו"צ, רגישות בתנועות לטרליות
ללא חסר נירולוגי
19/03/2023
אוזניים תקינים
ללא לימפאדנופתיה
רגישות מפרק TMJ ורגישות פראורטברלית צוואר ומתני

תאריך: 19/03/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שורץ ישראל נתנאל
ת.לידה:	11/04/2000
מס בית:	15 / 12
טלפון:	50- 5193737
מס זהות:	00211467113
רחוב:	מוטה גור
טלפון נוסף:	50- 5193737
גיל:	22.11 מין: ז

מספר הפניה: 35966011008

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גרם שולח
025964	0211467113	035966011008	5966

לכבוד: מרפאת רפואה משלימה* 2700
שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
87001	K0604	בדיקת רופא - רפואה משלימה	87001

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/03/2023:
בא/ה בצורה דחופה.
ב8.3.23 הופנה למיון עקב כאבי בצוואר לאחר רכיבה על קטנוע ועבר מספר רב של במפים. כאבי צוואר, בחילה, כאבי ראש
הוחל ARCOXIA ZALDIAR עם OMEPRADAX ללא הטבה
מומלץ עיסוי מקומי, PT
"עמש"צ ללא רגישות קו אמצע, פלקציה אקסטנציה ורוטציות בטווחים מלאים
עמ"ש טורקלי - ללא רגישות קו אמצע.
עמ"ש מותני - ללא רגישות קו אמצע.
כח גס 5/5 בכל התחנות ב 4גפיים, תחושה שמורה במורד גפיים עליונות
ותחתונות, ללא חסר וסקולרי.
הוסבר למטופל שבדר"כ לאחר הפגיעות מסוג זה הכאב בצוואר מתגבר למשך מספר ימים הבאים ופוחת לאחר מכן.
נשלח לקבל טיפול אנלגטי ולהלשים צילום עמש צוואר.
מטופל לא מעוניין לקבל טיפול אנלגטי.
בצילום עמש ישור לורדוטי. ללא ממצא גרמי חריף"
19/03/2023:
כאבי צוואר מקרין עד הקודקוד ואוזניים
בחילה וחולשה
16/3/23 נבדק ע"י אורטופדיה "רגישות ע"ש צוואר ללא חסר ניורולוגי הגבלה
בינונית קשה". נרשם ARCOXIA טרם התחיל
קבע לפיזיותרפיה

סימנים חיוניים: גובה 177 12/03/2023 משקל 73 12/03/2023 bmi 23.30
לחץ דם 85 / 115 12/03/2023
דופק 83 12/03/2023

124.09 eGFR מתאריך 13/03/2023

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 12/03/2023:
נראה מוגבל וכאוב, רגישות ניכרת פראורטברלית צוואר דו"צ, רגישות בתנועות לטרליות
ללא חוסר ניורולוגי
19/03/2023:

1 ה.ר.ר

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

19/03/2023

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00211467113

שורץ ישראל נתנאל

דיון/תוכנית טיפולית:

בעיות פעילות

בעיות בעבר

תרופות קבועות

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ליאורה ארונסון

25964

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת דימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום על

[illegible]

תאריך: 23/03/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	שוורץ ישראל נתנאל		
ת.לידה:	11/04/2000	ישוב:	גבעת שמואל
מס בית:	12 / 15	טלפון:	50- 5193737
מס זהות:	00211467113	רחוב:	מוטה גור
גיל:	22.11	מין:	ז
טלפון נוסף:	50- 5193737		

תאריך תאונה 07/03/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35034012248

גורם שולח



5034

מספר הפניה



035034012248

תז נבדק



0211467113

רשיון רופא



033481

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.

לכבוד: מכון CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT ראש		10104005
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי		10304010

המטופל מתלונן על

ב 8.3.23 הופנה למיון עקב כאבי בצוואר לאחר רכיבה על קטנוע ועבר מספר רב של במפים. כאבי צווארי, בחילה, כאבי ראש הוחל ARCOXIA ZALDIAR עם OMEPRADEX ללא הטבה מומלץ עיסוי מקומי, PT "עמש" צ ללא רגישות קו אמצע, פלקציה אקסטנציה ורוטציות בטווחים מלאים עמ"ש טורקלי - ללא רגישות קו אמצע. עמ"ש מותני - ללא רגישות קו אמצע. כח גס 5/5 בכל התחנות ב 4 גפיים, תחושה שמורה במורד גפיים עליונות ותחתונות, ללא חסר וסקולרי.
הוסבר למטופל שבדרכי לאחר הפגיעות מסוג זה הכאב בצוואר מתגבר למשך מספר ימים הבאים ופוחת לאחר מכן. נשלח לקבל טיפול אנלגטי ולהלישי צילום עמש צווארי. מטופל לא מעוניין לקבל טיפול אנלגטי. בצילום עמש ישור לורדוטי.
ללא ממצא גרמי חריף" 19/03/2023 : כאבי צווארי מקרין עד הקודקוד ואוזניים בחילה וחולשה 16/3/23 נבדק ע"י אורטופדיית "רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית קשה". נרשם ARCOXIA טרם התחיל קבע לפיזיותרפיה. כעת מתלונן על כאבי ראש וצוואר עם סחרחורת, חולשה כללית, כאבים באוזניים כל פעולה מחמירה כאבי ראש וצוואר
כאבי גב תחתון
ללא שיפור לאחר התחלת ARCOXIA

ממצאים עיקריים
בהכרה מלאה, התמצאות תקינה, עצבי גולגולת ותיקנים
הגבלה משמעותית בכל תנועת צוואר
כח גס שמור בארבע גפיים, הלזרים שווים, מענה פלנטרי F דו"צ
ללא הפרעה בתחושה, יציב בעמידה והליכה
יציב במבחן רומברג

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7231	severe	CERVICALGIA

דף 1

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

הפניה לדימות

23/03/2023

הודפס ע"י ליודמילה שופין ד"ר

00211467113

שוורץ ישראל נתנאל

תאריך: 23/03/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שורץ ישראל נתנאל	מס זהות: 00211467113	גיל: 22.11	מין: ז
ת.לידה: 11/04/2000	ישוב: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5193737	מס בית: 15 / 12	טלפון: 50-5193737

תאריך תאונה: 07/03/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/03/2023

תאריך תאונה: 07/03/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 23

ב 8.3.23 הופנה למיון עקב כאבי בצוואר לאחר רכיבה על קטנוע ועבר מספר רב של במפים. כאבי צוואר, בחילה, כאבי ראש הוחל ARCOXIA ZALDIAR עם OMEPRADEX ללא הטבה מומלץ עיסוי מקומי, PT "עמש" צ ללא רגישות קו אמצע, פלקציה אקסטנציה ורוטציות בטווחים מלאים עמ"ש טורקלי - ללא רגישות קו אמצע. עמ"ש מותני - ללא רגישות קו אמצע. כח גס 5/5 בכל התחנות ב 4 גפיים, תחושה שמורה במורד גפיים עליונות ותחתונות, ללא חסר וסקולרי. הוסבר למטופל שבדר"כ לאחר הפגיעות מסוג זה הכאב בצוואר מתגבר למשך מספר ימים הבאים ופוחת לאחר מכן. נשלח לקבל טיפול אנלגטי ולהלשים צילום עמש צוואר. מטופל לא מעוניין לקבל טיפול אנלגטי. בצילום עמש ישור לורדוטי. ללא ממצא גרמי חריף" 19/03/2023 : כאבי צוואר מקרין עד הקודקוד ואוזניים בחילה וחולשה 16/3/23 נבדק ע"י אורטופדיה "רגישות ע"ש צוואר ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית קשה". נרשם ARCOXIA טרם התחיל קבע לפיזיותרפיה. כעת מתלונן על כאבי ראש וצוואר עם סחרחורת, חולשה כללית, כאבים באוזניים כל פעולה מחמירה כאבי ראש וצוואר כאבי גב תחתון ללא שיפור לאחר התחלת ARCOXIA

בדיקה גופנית:

בהכרה מלאה, התמצאות תקינה, עצבי גולגולת תקינים הגבלה משמעותית בכל תנועת צוואר כח גס שמור בארבע גפיים, הלזרים שווים, מענה פלנטרי F דו"צ ללא הפרעה בתחושה, יציב בעמידה והליכה יציב במבחן רומברג

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7231	severe	CERVICALGIA
D09		NAUSEA
7804		DIZZINESS

דיון/תוכנית טיפולית: בבדיקה נוירולוגית - ללא סימני צד, הגבלה משמעותית בכל תנועות צוואר נשלח ל CT מוח וצוואר ביקורת בעוד 3 חודשים כדי שלקול טיפול מניעתי

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT מ.ט.מ. 78073 ראש	H3 הודפס	

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בבוכה,

ליודמילה שופין ד"ר	33481	
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

מזכירות
לודמילה שופין
מומחית בנפחיות ופסיכיאטריה
מ.ר. 33481 מ.ר. 227202
04-1889



תאריך: 02/04/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שוורץ ישראל נתנאל
מס זהות:	00211467113
גיל:	22.11 מין: ז
ת.לידה:	11/04/2000
ישוב:	גבעת שמואל
רחוב:	מוטה גור
מס בית:	15 / 12
טלפון:	50- 5193737
טלפון נוסף:	50- 5193737

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 07/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 02/04/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 07/03/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/03/2023
תלונות/ סיבת הפניה: 16/03/2023 חבלת צוואר ללא הפרעת סוגרים
צילום ללא שבר
02/04/2023: עדין כאב

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 16/03/2023
רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נירולוגי הגבלה בינונית קשה
02/04/2023:
רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נירולוגי הגבלה קשה רגישות ע"ש מתני ללא חסר
נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידיים תקינים
לסג 30
קליקברכים מגרה קדמי אחורי שליליים ללא אי יציבות מדיאולטרלית מקמורי
שלילי שני מדורים טוה89-0
ללא חסר נירוסקולרי

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 16/03/2023:
ההפניות שהופקו ב 07/08/2019:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
16/03/2023:

ההפניות שהופקו ב 16/03/2023:
הפניה לדימות - 78184-צילום עמוד שדרה דנס , הפניה לפיזיותרפיה - 80015-
פיזיותרפיה אבחון וב
02/04/2023:

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
טופס הפניה כללי	70005-בדיקה ע"י רופא במכון	H4 הודפס
הפניה לדימות	78030-צילום ברך דו צדדי	H3 הודפס
הפניה לדימות	78003-א.א. US ברך ימין	H3 הודפס

תרופות

P מק נ	OP	סה"כ משך	פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
N 1 W	יחידה	30	D30	1	TAB	ETORICOXIB TAB 120MG 120MG
N 1 W	יחידה	30	D30	1	TAB	TRAMADEX 100MG TAB 100MG

בברכה,

ד"ר לביה ליפשה תמיר 22641



09:37 02/04/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שורץ ישראל נתנאל
ת.לידה:	11/04/2000
מס.בית:	15 / 12
מס.זהות:	00211467113
רחוב:	מוטה גור
טלפון נוסף:	50-5193737
גיל:	22.11 מין: ז

07/03/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35757027948

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757027948

תז נבדק



0211467113

מספר רשיון



022641

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה ע"י רופא במכון	80001

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/03/2023:

תלונות/ סי/ P

16/03/2023: חבלת צוואר ללא הפרעת סוגרים

צילום ללא שבר

02/04/2023: עדין כאב

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 16/03/2023:

רגישות ע"ש צווארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית קשה

02/04/2023:

רגישות ע"ש צווארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה קשה רגישות ע"ש מנתי ללא חסר

נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידיים תקינים

לסג 30

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 16/03/2023:

ההפניות שהופקו ב 07/08/2019

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

16/03/2023:

ההפניות שהופקו ב 16/03/2023:

הפניה לדימות - 78184-צילום עמוד שדרה דנס, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב

02/04/2023:

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2010		ATTENTION DEFICIT DISORDER

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2020	01/01/2015		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
			22641	ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת 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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 23/04/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שורץ ישראל נתנאל
ת.לידה:	11/04/2000
מס בית:	15 / 12
גבעת שמואל	ישוב:
טלפון:	50- 5193737
מס זהות:	00211467113
גיל:	23.00
מין:	ז
רחוב:	מוטה גור
טלפון נוסף:	50- 5193737

07/03/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

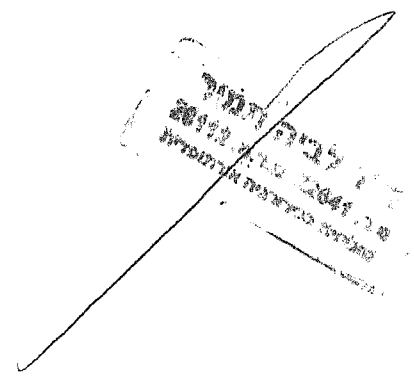
נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 11/04/2023 עד תאריך: 30/06/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 81

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

שם הרופא	ד"ר לביה ליפשה תמיר	מספר רשיון	22641	נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא		



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



שירותי בריאות כללית



חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 02/04/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה

מרפאה מנפקת : 5757 עזרא החדשה

גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ לקביעת תור : 003-9305652

אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 304627771

המבוטח : 0021146711-3 שורץ ישראל נתנאל

רופא מטפל : 25964 ארונסון לאורה

רופא מפנה : 22641 תמיר לביה ליפ

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד שירות	קוד שירות
78003	78003	78003
US אורטופדי	78003	78003
תאור הטיפול/בדיקה	כמות	שירות ספק
1	1	78003

האישור בתוקף עד לתאריך : 02/10/23

תאריך זימון : 02/04/23

לנדוי אסתר

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

נכל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"

כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבטוח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים

בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נזקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא

או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ו-17

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ישראל נתן שוה

ת.ז.ח.פ. מס' 2114 67113, מרחוב מאה נור 12 סניף 2025

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי
ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר 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 28 לחודש 4 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X ש

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
שם	שם	שם	שם
רחוב	מס'	עיר	טלפון
28/4/25	12	5442212	050519373

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 שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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: 28/4/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 62254 עו"ד אריאל פריינד