

**בבית משפט השלום
בכפר סבא**

**ת.א. 56869-09-23
קד"מ קבוע ליום: 17.7.25
בפני כב' הש' הבכירה ס"נ ר. קרלינסקי**

תאריך חתימת המסמך 29.6.25

התובעת:

דבורה דבורץ, ת"ז 206302119
מרחוב שבט אשר 7, לוד 71352
טלפון: 055-6765372

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

- נ ג ד -

הנתבעים:

1. חיה ברכה שרייברג, ת"ז 208824219
מרחוב הרב אלישיב 4, לוד

2. ווישור חברה לביטוח בע"מ, ח.פ. 515764868
באמצעות ב"כ עוה"ד ט. שליט ואח'
מרחוב תוצרת הארץ 3, מגדל ב.ס.ר, פתח תקוה
טל': 03-6989829; פקס: 03-6989828
דוא"ל: office@shalitadv.com

**בקשה מוסכמת להוספת תעודות רפואיות ומתן החלטה על יסוד
כתבי הטענות**



1. התובעת מתכבדת לפנות בבקשה מוסכמת לצירוף תעודות רפואיות עדכניות, מסומנות "כנספח 1".
2. לצדדים קבוע דיון ליום 17.7.25. ככל ובית המשפט סבור כי אין מניעה ליתן החלטה על יסוד כתבי הטענות על נספחיהם יבקשו הצדדים ליתן החלטה בבקשה למינוי על יסוד האמור באופן שייתר את הדיון הקבוע ליום 17.7.25.
3. לאור האמור מתבקש בית המשפט הנכבד להורות על קבלת התיעוד הנוסף וליתן החלטתו בבקשה למינוי מומחים.


**אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע**

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

עמוד

שם המסמך

4

נספח 1: תעודות רפואיות עדכניות 25 (עמודים 4 עד 13)



נספח 1 :

תעודות רפואיות עדכניות 25

(עמודים 4 עד 13)



ת.ז:	1206302119	שם המבטח:	דבורץ דבורה גו	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	28/10/1994
כתובת:	שבת אשר 7 לוד	מיקוד:	71006	טלפון:	055-6765372				

מס. טופס	3777000096
----------	------------

הבדיקה החדשה: פסיכיאטר - ICG0053

תלונות החולה:

25-07-2023 בהריון קודם עם תאומים עברה תד- מאז חרדות בקשה ונתתי הפניה לפסיכיאטר הפעם מתארת שפסיכיאטר המליץ ציפרלקס וקלונקס- אבל האם אפשר בהריון- ועוד בהריון עם סיכון? שולח בבקשתה לרופא נשים בסיכון-
09/02/2024 ממשיכה קלונקס 2 מנג הצעתי רק רבע או חצי כדור והזהרתי לא 8 שע לפני נהיגה- ונטולת ציפרלקס 10 מג במעקב פסיכיאטר
05/07/2024 פסיכיאטר דר דניאל גרופר מרמ8217 כותב 20.6.2024 להמשיך ציפרלקס 10 ע קלונקס רק 0.5 וממליץ פסיכותרפיה
האבחנה- תסמונת הסתגלות
פניה מקוונת מלקוח
פרטי הבקשה:
בקשות לחידוש מרשמים:
CIPRALEX 10MG 28TAB 56414
מידע מסף אודות הבקשה לחידוש מרשמים: דוקטור שלום
מבקשת חידוש מרשם לציפרלקס ולקלונקס
על פי המלצת דר דניאל גרופר - פסיכיאטר
ועקב טראומה קשה שמלווה אותי בעקבות מעורבות בתאונת דרכים קשה בהריון של התאומים
תודה רבה
מצרפת ההמלצה.
בקשות להפניות:
דוקטור שלום
מבקשת הפניה לפסיכיאטר וכן לפסיכותרפסטית
לצורך המשך טיפול ומעקב
עקב טראומה מורכבת שמלווה אותי לצערי מאז תאונת דרכים קשה בהריון של התאומים ואשר פוגעת באיכות חיי בצורה משמעותית
תודה רבה

אבחנות:

- ADJUSTMENT DISORDERS

חפא/מטפל:	ד"ר סגול נחום	רשיון:	31250	טלפון:	050-6617507
תחום עיסוק:	רפואת משפחה	שבת:	יהודה 7 לוד		



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח:	דבורה גו	מין:	נקבה	בטוח:	שיא	ת.לידה: 28/10/1994
	כתובת:	שבט אשר 7 לוד	מיקוד:	71006	טלפון:	055-6765372	

15%	CIPRALEX 10MG 28TAB PO 1 TAB X 1/day for 28 days (ESCITALOPRAM) 56414 1-O.P. הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	 031250 רשיון חפא הדפסה מספר 1 **תקף המרשם מתאריך: 19/05/2025 עד תאריך: 02/06/2025 Rpt: 3 מס מרשם 1-  14070328 ת. מרשם 2-  2003256049
	XXXXXX	
	XXXXXX	
	XXXXXX	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה
	XXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פרט גנרי, מושהה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זולה שאושרה על ידי הקופה חשבתנות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם בנוכחותי. ת.ז. וחותמה תאריך קבלה



** מרשם מיוחד לרכישה לשלושה חודשים. תקף המרשם מתאריך 20/03/2025 עד תאריך 02/06/2025
ניתן לרכישה לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.

לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

חפא/מטפל:	ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	
תחום עיסוק:	רפואת משפחה	טלפון: 050-6617507	
כתובת:	שבט יהודה 7 לוד		

המחלקה לרפואת חירום



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח: דבורץ דבורה גו	מין: נקבה	בטוח: שיא	ת.ל.ז: 28/10/1994
כתובת: שבת אשר 7 לוד	מיקוד: 71006	טלפון: 055-6765372		

15%	CLONEX 0.5MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (CLONAZEPAM) 502 1-O.P. הנוחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	 031250 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 19/04/2025 עד תאריך: 03/05/2025 Rpt: 2 מס מרשם 1- 14070514 ת. מרשם 2- 2003253042
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גבירת זהה שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו בעקבות המרשם בנכונותי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה



לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפא/מטפל: ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	טלפון: 050-6617507
תחום עיסוק: רפואת משפחה	שבת יהודה 7 לוד	



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח: דבורץ דבורה גו	מין: נקבה	בטוח: שיא	ת.לידה: 28/10/1994
כתובת: 	שבת אשר 7 לוד	מיקוד: 71006	טלפון: 055-6765372	

15%	CIPRALEX 10MG 28TAB PO 1 TAB X 1/day for 28 days (ESCITALOPRAM) 56414 1-O.P. הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	 031250 רשיון חפא הדפסה מספר 1 **תוקף המרשם מתאריך: 20/03/2025 עד תאריך: 03/04/2025 מס מרשם - 1  14070104 ת. מרשם - 2  2003250045
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרישום האחרונה
	XXXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פרט גנרי, מושהה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זולה שאושרה על ידי הקופה חשבתנות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם בנוכחותי ת.ז. וחותמי תאריך קבלה



**** מרשם מיוחד לרכישה לשלושה חודשים. תוקף המרשם מתאריך 20/03/2025 עד תאריך 03/04/2025
ניתן לרכישה לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.**

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפא/מטפל: ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	טלפון: 050-6617507
תחום עיסוק: רפואת משפחה	שבת יהודה 7 לוד	

המחלקה לרפואת משפחה



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח: דבורץ דבורה גו	מין: נקבה	בטוח: שיא	ת.לידה: 28/10/1994
כתובת: שבת אשר 7 לוד	מיקוד: 71006	טלפון: 055-6765372		

15%	CIPRALEX 10MG 28TAB PO 1 TAB X 1/day for 28 days (ESCITALOPRAM) 56414 הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם 1 - O.P.	031250 רישיון חפא הדפסה מספר 1 **תוקף המרשם מתאריך: 19/04/2025 עד תאריך: 03/05/2025 Rpt: 2 מס מרשם - 1 14070211 ת. מרשם - 2 2003253042
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרישום האחרונה בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מושהה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זולה שאושרה על ידי הקופה חשבתפנות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משערור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם בנוכחותי. ת.ז. וחותמה תאריך קבלה

**** מרשם מיוחד לרישום לשלושה חודשים. תוקף המרשם מתאריך 20/03/2025 עד תאריך 03/05/2025 ניתן לרישום לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.**

לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

חפא/מטפל: ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	טלפון: 050-6617507
תחום עיסוק: רפואת משפחה	שבת יהודה 7 לוד	



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח: דבורץ דבורה גו	מין: נקבה	בטוח: שיא	ת.ל.ז: 28/10/1994
כתובת: שבת אשר 7 לוד	מיקוד: 71006	טלפון: 055-6765372		

15%	CLONEX 0.5MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (CLONAZEPAM) 502 1-O.P. הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	 031250 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 20/03/2025 עד תאריך: 03/04/2025 מס מרשם - 1 14070408 ת. מרשם - 2 2003250045
	XXXXXX	
	XXXXXX	
	XXXXXX	
	XXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זוהי שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו בעקבות המרשם בנכוחותי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה



לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפא/מטפל: ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	טלפון: 050-6617507
תחום עיסוק: רפואת משפחה	שבת יהודה 7 לוד	



מרשם חפא

ת.ז: 1206302119	שם המבוטח: דבורץ דבורה גו	מין: נקבה	בטוח: שיא	ת.ל.ז: 28/10/1994
כתובת: שבת אשר 7 לוד	מיקוד: 71006	טלפון: 055-6765372		

15%	CLONEX 0.5MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (CLONAZEPAM) 502 הנוחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם 1 - O.P.	 031250 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 19/05/2025 עד תאריך: 02/06/2025 Rpt: 3 מס מרשם 1- 14070621 ת. מרשם 2- 2003256049
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	
	XXXXXXX	בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זוהי שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו בעקבות המרשם בנסחתי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפא/מטפל: ד"ר סגול נחום	רשיון: 31250	טלפון: 050-6617507
תחום עיסוק: רפואת משפחה	שבת יהודה 7 לוד	



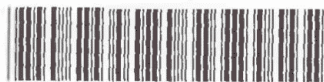
10/03/2024 תאריך אסמכתא:

10/03/2024 תאריך ערך:

טלפארמה עד הבית
WWW.EPHARMA.CO.IL 03-9616263

טלפארמה בית המרקחת הישיר הראשון (1999) בע"מ
רחוב טוליפמן 7 א.ת. ישן ראשל"צ 7505320
עוסק מורשה 512847195

עמוד 1 מתוך 1



חשבונית מס *מקור* 501457784

דבורה גו דבורץ

קוד לקוח: 1142959

מס' ע.מ: 206302119

שיטת תשלום: אשראי רגיל

תנאי תשלום: מזומן

כתובת: שבט אשר 7

31

לוד

מספר מסלול: 55

קוד פריט	יחידת מידה	תיאור	ברקוד	כמות	מ. יחידה	מחיר כולל מע"מ	סה"כ
56414	Base Pack	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	5702157150809	1	0.00	0.00	0.00
56414	Base Pack	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	5702157150809	1	0.00	0.00	0.00
93808	ידני	דמי משלוח - טלפארמה	93808	1	0.00	0.00	0.00

סה"כ חשבונית לפני מע"מ 0.00

מע"מ 17% 0.00

סה"כ כולל מע"מ 0.00



הערות: ע"ס הזמנות 160075424.

נתום מטה מאשר בזה את קבלת חבילת התרופות מס. _____ על פי מרשם הרופא שעליו כתוב אישור זה.

אריך: _____ שעה: _____ שם המקבל: _____

ז: _____ חתימה: _____



הפרטים שמסרת ישמשו את חברת טלפארמה בית המרקחת הישיר הראשון (1999) בע"מ לצורך משלוח פרסומות והצעות שיווקיות באמצעות דוא"ל/

הודעות SMS. בכל עת תוכלי/י לבחור לחדול מלקבל את המידע על ידי שליחת בקשת הסרה למייל: contact@telepharma.co.il

ביטול עיסקה אפשרי בהתאם לחוק הגנת הצרכן (למעט תרופות ותוספי מזון, ציוד רופאי מתכלה ומוצרים שיוצרו בהתאמה אישית)

ביטול עסקה ו/או החזרת מוצר ניתן לפנות לשירות הלקוחות 03-9616263 או בפקס 1800-60-80-60 או באמצעות צור הקשר שבאתר

"מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר ושליח רשאי לפרסם מידע זה"

חשבונית מס/קבלה 14990/1 מקור

לכבוד: דבורה גו דבורץ
תאריך: 10/03/24 שעה: 14:16
שם רוקח: נדיה זלינגר
מספר הזמנה: 82144

סה"כ השתתפות	הנחה	סה"כ לפני הנחה	כמות	שם פריט	פריט	שם רופא	שם לקוח
18.54	18.88	37.42	1	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	56414	סגול נחום	דבורץ דבורה גו
18.54	18.88	37.42	1	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	56414		

סה"כ 37.08

הנחת תקרה לת.ז. 206302119 0.01

סה"כ לתשלום 37.07

שולם באמצעות כרטיס אשראי המסתיים בספרות 3280

תודה שקניתם אצלנו



חשבונית מס/קבלה 28780/2 מקור

לכבוד: דבורה גו דבורץ
תאריך: 16/07/24 שעה: 14:32
שם רוקח: אורן אפרנקו
מספר הזמנה: 102008

שם לקוח	שם רופא	פריט	שם פריט	כמות	סה"כ לפני הנחה	הנחה	סה"כ השתתפות
דבורץ דבורה גו	סגול נחום	2373	VERMOX SUSP 30 CC	1	29.25	9.70	19.55
		56414	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	1	37.42	17.87	19.55
		502	CLONEX TAB 0.5MG (2X15)	1	15.84		15.84
		56414	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	1	37.42	17.87	19.55
		56414	CIPRALEX 10MG X 28 TAB	1	37.42	17.87	19.55
						סה"כ	94.04
דבורץ יהודה	סגול נחום	2373	VERMOX SUSP 30 CC	1	29.25	9.70	19.55
						סה"כ	19.55
דבורץ תמר שרה	בלוך יובל	2373	VERMOX SUSP 30 CC	2	58.50	19.40	39.10
						סה"כ	39.10
דבורץ ישראל	רזניק דוד	2373	VERMOX SUSP 30 CC	1	29.25	9.70	19.55
						סה"כ	19.55
דבורץ אריה לייב	שמא עמיר	2373	VERMOX SUSP 30 CC	2	58.50	19.40	39.10
						סה"כ	39.10



סה"כ 211.34

הנחת תקרה לת.ז. 206302119 **0.01**

סה"כ לתשלום 211.33

שולם באמצעות כרטיס אשראי המסתיים בספרות 3280

תודה שקניתם אצלנו