



בית משפט השלום בראשון לציון

11 אוגוסט 2025

ת"א 25277-08-25 עליה נ' הראל חברה
לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 10/08/2025 בשעה (بالساعة) 15:36 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 25277-08-25 עליה נ' הראל חברה לביטוח בע"מ.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852* www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך : 14.7.25

התובע :

נתן עליה, ת"ז 313978595
מרחוב דרך הציונות 53/1, אריאל
טלפון : 050-4283369
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.com

– נ ג ד –

הנתבעת :

הראל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
טל' : 03-7547709 ; פקס : 03-7348177
דוא"ל : tviot.hova@harel-ins.co.il

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 תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 13.01.1994, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 524-09-603 (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 תעודת חובה, צילום רישיון נהיגה והודעה על תאונה, 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, עובד בתפקיד מנהל לקוחות בתחום הרכב, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
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 להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 4/9/2024, בסביבות השעה 12:50, בכביש 2, לפני מחלף אור עקיבא, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובע מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 269-47-407 (להלן: **"הרכב המעורב"**) והתובע נחבל בגופו (להלן: **"התאונה"**).
8. לאחר התאונה הגיע התובע לביתו, ושהה במנוחה עם נטילת משככי כאבים בתקווה כי המדובר הוא בכאבים וחבלות שיחלפו לאחר מנוחה ונטילת תכשירים לשיכוך כאב במסגרת ביתית. בהיעדר הטבה, ונוכח החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות הצוואר, הגב תחתון ורגל שמאל, פנה התובע לקבלת טיפול רפואי במוקד לרפואה דחופה בקהילה.
9. בבדיקה קלינית נמצא רגישות למגע בעמוד שדרה צווארי, ובגב, לאחר ביצוע בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי אורתופדי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לרגל שמאל, המשיך בנטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב

והופנה פנה להמשך מעקב רפואי לרבות הפניה לביצוע בדיקות CT וטיפול לשיכוך כאב.

11. בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלט דיסק בחוליות L5-L4 ובקע דיסק בגובה S1-L5.

12. התובע טופל ע"י אורתופד בקהילה ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות הוחלט על הפנייתו לטיפול פיזיותרפיה לצורך שיפור הטווחים והפגת הכאב, כמו כן הוא הופנה למרפאת כאב לבניית תכנית טיפול לשיכוך כאב.

13. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, להקניית טווחי תנועה של כיפוף וכריעה ולצורך שיפור התפקוד, אך חרף התמדתו המרובה בהגעה לטיפולים ובתרגול עצמי, המטרות הושגו באופן חלקי בלבד, והוא נותר עם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה.

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

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, מקושי בהטיה, צידוד, מקושי בעליית וירידת מדרגות, מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע, עובד בחברת הרכב BYD – כמנהל לקוחות בשטח, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| ₪ 75,850 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 8,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 6,250 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 12,500 | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה 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 בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

20. 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: תעודת חובה טופס הודעה וצילום רישיון (עמודים 7 עד 10)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 24)	12
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 26 עד 26)	26
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 28 עד 30)	28



נספח 1 :

תעודת חובה טופס הודעה וצילום רישיון

(עמודים 7 עד 10)



תעודת ביטוח חובה בלבד (עותק)

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התש"ל - 1970 (להלן פקודת הביטוח)
 תעודת ביטוח זו מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה שמספרה נקוב להלן

הראל חברה לביטוח בע"מ, אבא הלל 3 רמת גן 5252202, teudathova@harel-ins.co.il מוקד: *2735

שים לב! מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה, טרם כריתת חוזה הביטוח, עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

עותק

מספר התעודה	מספר הפוליסה	מספר פנימי	מספר רישוי
	6030075996/24		524-09-603

פרטי בעל הפוליסה והרכב		שלמה מוטורס בע"מ		ת.ד. 377		ניר צבי		7290500		מספר זהות/ח"פ		511142168				
סוג הרכב		M-1		דגם		235310		שם היצרן		ביוואי.די דולפ			פרטי הסוכן		21570	
סוג הרכב לצורך ביטוחו		רכב פרטי		מספר שלדה				מספר נוסעים		כחוק		שנת יצור/מועד העלייה לכביש		2023		
פח מנוע/משקל				מספר נוסעים		כחוק		שנת יצור/מועד העלייה לכביש		2023		מספר נוסעים		1		
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב:		כמפורט בגב התעודה סעיפים		מספר נוסעים		כחוק		שנת יצור/מועד העלייה לכביש		2023		מספר נוסעים		1		
מטרות השימוש המותרות:		כמפורט בגב התעודה הסעיפים		מספר נוסעים		כחוק		שנת יצור/מועד העלייה לכביש		2023		מספר נוסעים		1		
הרחבות:		אין הרחבות		מספר נוסעים		כחוק		שנת יצור/מועד העלייה לכביש		2023		מספר נוסעים		1		

תאריך הוצאה		29/10/2024		שעת הוצאה		13:24	
מחוז		81		צוות		180	

סכום דמי הביטוח בש"ח	1,892	מועד התחלת הביטוח - מועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק	01/11/2024	אך לא לפני	מועד פקיעת הביטוח	31/10/2025	חצות
----------------------	-------	---	------------	------------	-------------------	------------	------

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר	www.harel-group.co.il	אנו מאשרים בזה שהפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.	מוקד הראל - *2735	אבא הלל 3 רמת גן 5252202	teudathova@harel-ins.co.il	הראל חברה לביטוח בע"מ
---	-----------------------	---	-------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------

ספח שאלות ותשובות ופירוט בדבר סתירות החלטות על כריתת חוזה הביטוח דמי הביטוח בפוליסה זו, נקבעו בין היתר, בהסתמך על הנתונים הביטוח וכן על הנתונים המפורטים להלן ובהם נתוני מאגר המידע לאיתור הונאות (להלן "המאגר").

שאלת החיתום	בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה	נתוני המאגר*	הנתונים ששימשו להפקת התעודה
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב זה	16 ו-9 חודשים ומעלה	16 ו-9 חודשים ומעלה	16 ו-9 חודשים ומעלה
מין הנהג הצעיר ביותר הצפוי להשתמש ברכב	נהג	נהג	נהג
שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל, של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב	2024	2024	2024
מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	00	00	00
מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	00	00	00
נפח מנוע/סמ"ק/הספק (כ"ס)/משקל הרכב המבטח	204 /	204 /	204 /
מספר מקומות ישיבה כמצויין ברישיון הרכב	כחוק	כחוק	כחוק
מערכת בקרת יציבות (ESP)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על סטיה מנתיב (LDW)	כן	כן	כן

*אם מקור הסתירות במידע שעליו הסתמכנו כאמור לעיל, נובע ממידע שגוי שהתקבל מהמאגר, באפשרותך לערער בהתאם ל"נוהל הגשת ערעור לנתוני המאגר לאיתור הונאות" שפורסם באתר "הראל" www.harel-groups.co.il במחיצת ביטוח - ביטוח רכב.

מה לעשות אחרי תאונה? לעקוב אחרי ההנחיות

• ראשית לא להתרגש והעיקר שאתם בריאים ושלימים.

• מחליפים פרטים: מספר רכב, שם, ת"ז, טלפון וחברת ביטוח.

• מצלמים את הרכבים המעורבים בתאונה, רישיון נהיגה של הנהג המעורב ואת פוליסת הביטוח ובשלב זה לא מודים באחריות.

• צריכים עזרה? אנחנו זמינים: בוטסאפ: 052-7544589 או בשיחה טלפונית: 03-9294000 או סרקו את הברקוד השאירו פרטים ונחזור אליכם עד יום העסקים הבא



עותק

מחוז	180	צוות	81
------	-----	------	----

הראל חברה לביטוח בע"מ
 שולם בל"ל סניף 800
 חשבון 809300-97
 29/10/2024 12:34
 06897613

לתשלום באחד מן הבנקים שלהלן לזכות החשבונות:
 לאומי - 800-339513 הבינ"ל הראשון 046-409-368334
 הפועלים - 889-88310 המזרחי - 461-409539
 דיסקונט - 010-128304 הדואר - 8-62003-9

הודעת זיכוי

מספר התעודה	מספר הפוליסה	מספר פנימי	קוד מוטב: 62-00397
	6030075996/24		524-09-603

פרטי בעל הפוליסה והרכב		שלמה מוטורס בע"מ		מספר זהות/ח"פ	
377 ת.ד.		ניר צבי		511142168	
7290500					
סוג הרכב		דגם		שם היצרן	
M-1		235310		ביוואי.די דולפ	
מספר שלדה		נפח מנוע/מועיל		שנת יצור/מועד העלייה לכביש	
רכב פרטי		2023		2023	
מספר נוסעים		1		1	

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב:	כמפורט בגב התעודה סעיפים	מספר נוסעים	כחוק	שנת יצור/מועד העלייה לכביש	2023	מספר נוסעים	1
-----------------------------	--------------------------	-------------	------	----------------------------	------	-------------	---

מטרות השימוש המותרות:	כמפורט בגב התעודה סעיפים	מספר נוסעים	כחוק	שנת יצור/מועד העלייה לכביש	2023	מספר נוסעים	1
-----------------------	--------------------------	-------------	------	----------------------------	------	-------------	---

בנק הדואר חש" 8-62003-9 במזומן בלבד!	מועד התחלת הביטוח - מועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק	01/11/2024	אך לא לפני	מועד פקיעת הביטוח	31/10/2025	חצות
--------------------------------------	---	------------	------------	-------------------	------------	------

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר www.harel-group.co.il



הראל
חברת הביטוח והפליסה

מספר פקס מוקד תביעות
03 - 7348110

הודעה על תאונת רכב

א. פרטי המבוטח והפוליסה:

שם המבוטח	מס' פוליסה	מס' אירוע	שם סוכן	מס. רישוי	תוצר ודגם	שנת ייצור
כתובת	כתובת	כתובת	כתובת	מס' זהות	טלפון	טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני מבוטח						
סוג רכב: פרטי / מסחרי / אחר						
סיווג הביטוח: מקיף / צד שלישי / חובה						
תקופת הביטוח: מ- עד						

ב. פרטי נהג- חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה

שם הנהג	מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון	שנת הוצאת הרישיון	כתובת	טלפון	טלפון נייד
מס' זהות	מס' זהות	מס' זהות	מס' זהות	מס' זהות	מס' זהות	מס' זהות
חאם נהג ברשות המבוטח: כן / לא						

ג. פרטי התאונה

תאריך	שעה	במקום / כתובת אתר התאונה	מס' יומן	מס' תיק	בתאריך	
נבחה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת	תאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח					

ד. תאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק, ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצוין בהבלטה מספר הרכב)

אחרי עזרה ברכבי החנות כי הרכב
מימיני מתחיל להתקדם הקדמתי למסלול
ברכב רק ע שחיה לפני

עדים: שם _____ כתובת _____ מס' טלפון: _____
הרכב במוסד _____ כתובת _____
טלפון _____ שמאי _____

ה. נפגעים

אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הולכי רגל, נא תן פרטים:

משפחה ושם פרטי	מס' ת. זהות	כתובת הנפגע	מס' טלפון	מחולת הפגיעה	גיל	האם אושפז: כן / לא	מס' ימי אישפוז
18/11	313978595	א.א.א. ציון 53	050-4283369	כאב זר	30		

המקרה אירע: בדרך לעבודה / במהלך העבודה / בדרך ממקום העבודה

פינוי ע"י מדי"א: כן / לא

ו. פרטי הרכב המעורב - צד ג' חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה

מס' רישוי	סוג הרכב: רכב קל / רכב כבד מעל 4 טון	סוג ביטוח: מקיף / צד שלישי / חובה
שם בעל הרכב	כתובת	מס' זהות
שם הנהג	כתובת	מס' זהות
שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'

ז. הנני מצהיר כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תטופל על ידי החברה / כן / לא (אם למחוק את המיותר) ובמידה וכן הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה. כמו כן, הנני מניח את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה/תביעת המשפט ככל שיודרש.
הנני מתחייב בזה להעביר מידית לחברה כל הודעה / הודעה בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן הנני להצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: 09/09/24 חתימת המבוטח: _____ חתופס מולא ע"י: _____

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממיווג של שטח וסדר - ציון

Categories of vehicles: קטגוריות כלי הרכב

IL 313978595

A	A2		2010	D	D	
	A1		2012		D1	
	A				D2	
B			2011		D3	
C	C1			E		
	C			1		

Restrictive Conditions of Use

313978595

1509101447

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



עליה
1. ALLIA
נתן
2. NATHAN
3. 13.01.1994
4b. 13.01.2028
5. 313978595
6. יפה בן 14 קדומים

4a. 14.01.2018
4d. 9261675
8595

9. A1 B



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 24)





פרטי הנבדק:		שם משפחה: עליה		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 313978595	
ת.לידה: 13/01/1994		מ.י.נ: ז		טלפון: 0504283369		ט.ל.עבודה/נייד: 0504283369	
כתובת: 0313978595		דרך הציונות 53/1, אריאל		מיקוד: 4076411			

מכתב שחרור

09/09/2024

תאריך:

שעת קבלה: 20:52

שעת שחרור: 22:09

סיבת הפניה:

בן 30 בריא
לפני כארבעה ימים מעורבות בת"ד כנהג רכב פרטי, בזמן עבודתו.
התנגש במישהו אחר מאחור, ברמזור, אנרגיה נמוכה.
מתאר חבלה במנגנון ויפלאש.
ללא איבוד הכרה, ללא חבלת ראש, ללא חזה או בטן.
מלין על כאבים בגב תחתון וכאבים ברגל שמאל בקדמת הירך הקדמית
בבדיקה
רגישות פאראוורטברלית מותנית משמאל
ללא רגישות על החוליות
ללא חסר עצבי מוטרי או סנסורי דסטלי
בצילום עמ"ש מותני-ללא ממצא גרמי חריף.

אבחנות פעילות:

• OBESITY (10/2022)

תרופות קבועות:

- PEN CLICK 31G/8MM 8MM X 100 {1X1X30}
- SAXENDA 5X3ML {1.2X1X30}

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
09/09/2024	20:57	חום	36.5 [P.A]
09/09/2024	20:57	אומדן נשימה	סטורציה: 98 מס. נשימות בדקה:
09/09/2024	20:58	לחץ דם	130/84 [שמאל, ישיבה]
09/09/2024	20:58	דופק	66

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
09/09/2024	20:57	אומדן כאב	עוצמה: 7	
09/09/2024	20:57	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
09/09/2024	20:58	הדרכה לשיכוך וטיפול בכאב		

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)

תאריך: 09/09/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
מוקד רפואה דחופה
הצעת טופס
09/09/2024

ד"ר טילבור עידו

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6660700

פקס: 03-7178347

כתובת: דרך יצחק רבין 1, פתח תקווה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עליה		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 313978595	
ת.לידה: 13/01/1994		מין: ז		טלפון: 0504283369		טל.עבודה/נייד: 0504283369	
כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל		מיקוד: 4076411					

מכתב שחרור

אבחנה:

• CONTUSION BACK

תוכנית טיפולית: נגד כאבים לפי הצורך.

חימום מקומי.

ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד 10 ימים.

בכל החמרה או שינוי יש לפנות לרופא

בדחיפות.

ד"ר טילבור עידו

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



תאריך: 21/11/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



0305864001



024600



קוד הפניה: 406589912

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: עליה	שם פרטי: נתן
ת.לידה: 13/01/1994	מין: ז
כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל	טלפון: 0504283369
0313978595	ת.ז.: 313978595
טל.עבודה/נייד: 0504283369	מיקוד: 4076411

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

כאבי גב תחתון יום יום במיוחד בערב עם תרדמה ברגל שמאל
נבדק ב 9.24 - עלידי אוטורפד מוקד כולל צילום-ללא חריגה בצילום רגיל
הופנה לבדיקת CT ע/ש

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

• OBESITY (10/2022)

תרופות קבועות:

PEN CLICK 31G/8MM 8MM X 100 1X1X30
SAXENDA 5X3ML 1.2X1X30

מעשנת : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

לשולל ממצא פתולוגי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
24/10/2022	2.0 שנים		Creatinine (B)
24/10/2022	2.0 שנים		eGFR
			0.89
			116

שם הרופא: דר' אוקראינסקי ז'נה

תאריך: 21/11/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/11/2024 עד תאריך - 20/05/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



מכון דימות: פתח תקוה כתובת: דרך רבין 1 פתח תקוה טלפון: 03-9392626

גורם רפואי מפנה:

שם: ד"ר טילבור עידו

מ.ר: 130473

תאריך הבדיקה: 09/09/2024

תאריך הפיענוח: 09/09/2024

שם הנבדק: עליה נתן

ת.ז. הנבדק: 313978595

כתובת הנבדק: דרך הציונות 53/1 אריאל 4076411

טלפון הנבדק: 050-4283369 טלפון נייד: 050-4283369

תשובת בדיקת דימות: 24670199

ע'ש מותני 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

=====

המנח שמור.

מבנה החוליות והמרווח הבין חוליתי שמורים.

בברכה

ד"ר נלי גרמן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 35047

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מכון CT

הנדון: עליה, נתן, ת.ז: 313978595 תאריך לידה: 13/01/1994

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 26/12/2024

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטיים הודגמו שמורים לאורך ע"ש מותני.
המפרקים הסקרואליאקליים הודגמו שמורים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותני.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311

הוקלד על ידי: בת ציונה קזנוביץ
מסמך זה נחתם אלקטרונית



נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח 'ופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסוּטָא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: עליה	שם פרטי: נתן
ת.לידה: 13/01/1994	מ.ז: 0504283369
כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל	טלפון: 0504283369
0313978595	ת.ז.: 313978595
	טל.עבודה/נייד: 0504283369
	מיקוד: 4076411

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 20/04/2025 עד יום: 20/04/2025 סה"כ: 1 ימים.

23/04/2025

תאריך

חתימה וחתימת הרופא

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
03-9065050
רפואה כללית





024600



טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עליה		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 313978595	
ת.לידה: 13/01/1994		מין: ז		טלפון: 0504283369		טל.עבודה/נייד: 0504283369	
כתובת: 0313978595		דרך הציונות 53/1, אריאל		מיקוד: 4076411			

אישור רפואי

משקל: 99

תלונות: תלונות לכאבי גב תחון- ידוע על ביעה דיסקוגנית בתוצאה של ת.ע. - לפי בדיקת CT-
 המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
 הנקבים הנוירליים ללא הצרויות.
 המפרקים הפצטליים הודגמו שמורים לאורך ע"ש מותני.
 המפרקים הסקרואליאקליים הודגמו שמורים.
 בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
 בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
 לא היה מסוגל לעבוד ב 20.04

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- BACK PAIN

אבחנות:

- OBESITY (10/2022)

בעיות ידועות:



הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים.
 קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

23/04/2025

חתימה ותחתמת הרופא

תאריך

רופאה כללית
 24600
 ד"ר אוקראינסקי דנה

גיל: 31.4

שם רופא/ה: ד"ר יאסין עלי

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 5682956

תלונות: מדובר במטופל בן 31 אשר היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג חגור בתאריך: 04/09/2024 לדבריו מאז התאונה התחיל לסבול מכאבים בצוואר וגב תחתון, כאבים מקרינים לרגליים, הכאבים בהחמרה לאחרונה ללא שיפור תחת טיפול במשככי כאבים, הגיע לצורך בדיקה וביור

גורם משלם: 5 תאונת דרכים תאריך תאונת דרכים: 04/09/2024

ממצאים: ת"ד

בבדיקה: במצב כללי יציב
גפיים עליונות : ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין C5- 5/5
T1 , תחושה שמורה.
גפיים תחתונות: ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין ILP 5/5
QUADS GC TA EHL ללא החזרים פתולוגיים .
צוואר : ללא סימני חבלה. הגבלה ב ROM. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות הצוואריות אך ישנה רגישות פאראוורטבראלית.
עמ"ש מותני: ללא סימני חבלה/זיהום. ROM מוגבל אנטאלגית. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות אך ישנה רגישות פראספינלית בגובה עמ"ש מותני תחתון.
בדיקת CT עמוד שדרה מותני
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותני.
ממליץ על המשך טיפול בפיזיותרפיה משככי כאבים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROAD ACCIDENT
			CERVICALGIA
			LOW BACK PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 01/12/2025	מכון פיזיותרפיה
בתוקף עד - 01/12/2025	התייעצות מומחה: טיפול בכאב

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



137080



קוד הפניה: 437638561

טלפון: 09-9721333

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 09-8780081

כתובת: אל חסן בן עלי 26, קלנסווה

התמחויות:

פרטי הנבדק:	שם משפחה: עליה	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 313978595
ת.ל.עבודה/נייד: 0504283369	טלפון: 0504283369	מין: ז	ת.לידה: 13/01/1994
מיקוד: 4076411	כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל		0313978595

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

מרפאה:

רופא כאב

תלונות: מדובר במטופל בן 31 אשר היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג חגור בתאריך: 04/09/2024 לדבריו מאז התאונה התחיל לסבול מכאבים בצוואר וגב תחתון, כאבים מקרינים לרגליים, הכאבים בהחמרה לאחרונה ללא שיפור תחת טיפול במשככי כאבים, הגיע לצורך בדיקה ובירור

ממצאים: ת"ד

בבדיקה: במצב כללי יציב

גפיים עליונות: ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין C5-T1 5/5, תחושה שמורה.

גפיים תחתונות: ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין ILP QUADS GC TA EHL 5/5 ללא החזרים פתולוגיים.

צוואר: ללא סימני חבלה. הגבלה ב ROM. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות הצוואריות אך ישנה רגישות פאראוורטבראלית. עמ"ש מותני: ללא סימני חבלה/זיהום. ROM מוגבל אנטאלגית. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות אך ישנה רגישות פראספינלית בגובה עמ"ש מותני תחתון.

בדיקת CT עמוד שדרה מותני

בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5

בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1

אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותני.

ממליץ על המשך טיפול בפיזיותרפיה

משככי כאבים

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

- OBESITY (10/2022)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לצורך בדיקה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/06/2025 עד תאריך - 01/12/2025

04/06/2025

חתימה וחותמת

תאריך



137080

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 09-9721333

פקס: 09-8780081

כתובת: אל חסן בן עלי 26, קלנסווה

קוד הפניה: 437638377

פרטי הנבדק:	שם משפחה: עליה	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 313978595
ת.לידה: 13/01/1994	מין: ז	טלפון: 0504283369	טל.עבודה/נייד: 0504283369
כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל	מיקוד: 4076411		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: מדובר במטופל בן 31 אשר היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג חגור בתאריך: 04/09/2024 לדבריו מאז התאונה התחיל לסבול מכאבים בצוואר וגב תחתון, כאבים מקרינים לרגליים, הכאבים בהחמרה לאחרונה ללא שיפור תחת טיפול במשככי כאבים, הגיע לצורך בדיקה ובירור

ממצאים: ת"ד

בבדיקה: במצב כללי יציב
גפיים עליונות: ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין C5-T1 5/5, תחושה שמורה.
גפיים תחתונות: ללא סימני חבלה. ללא חסר NV. ללא רגישות גרמית. כח גס תקין ILP QUADS GC TA EHL 5/5 ללא החזרים פתולוגיים.
צוואר: ללא סימני חבלה. הגבלה ב ROM. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות הצוואריות אך ישנה רגישות פאראוורטבראלית.
עמ"ש מותני: ללא סימני חבלה/זיהום. ROM מוגבל אנטאלגית. ללא רגישות בניקוש ע"פ החוליות אך ישנה רגישות פראספינלית בגובה עמ"ש מותני תחתון.
בדיקת CT עמוד שדרה מותני
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותני.
ממליץ על המשך טיפול בפיזיותרפיה משככי כאבים

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

- OBESITY (10/2022)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: שחרור שרירים
הפחתת כאבים
שיפור טווחי תנועה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/06/2025 עד תאריך - 01/12/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/06/2025

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.



144804

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313978595

שם פרטי: נתן

שם משפחה: עליה

טל.עבודה/נייד: 0504283369

0504283369

טלפון:

מין: ז

13/01/1994

ת.לידה:



מיקוד 4076411

דרך הציונות 53/1, אריאל

כתובת:

0313978595

סיכום טיפול פיזיותרפיה

03/07/2025

תאריך הפקה:

ד"ר גורמן גאורגי

לכבוד דר'

313978595

ת"ז:

עליה נתן

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: BACKACHE •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל יצליח לישון לילה שלם ללא קושי או כאבים	24/03/2025	הושלם חלקית	24/02/2025
המטופל יצליח לשבת מעל חצי שעה ללא קושי או כאבים	24/03/2025	הושלם חלקית	24/02/2025
המטופל יצליח להרים את הילד ללא קושי או כאבים	24/03/2025	הושלם חלקית	24/02/2025

טופל החל מ- 24/02/2025

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

TELEPHONE TREATMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 14 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

בן 31 הגיע לטיפול פיזיותרפי על רקע ת"ד שאירעה לפני כ-10 חודשים, ובעקבותיה כאבי גב תחתון חזקים דוץ, עם הקרנה לרגל שמאל, היו אירועים של ירידה משמעותית בכח הרגל, עוצמת כאב VAS 5/10, התקשה בהרמת הילד, התכופות, ישיבה ונהיגה ממושכת, עמידה

הערות:

חתימה



טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עליה		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 313978595	
ת.לידה: 13/01/1994		מין: ז		טלפון: 0504283369		טל.עבודה/נייד: 0504283369	
כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל		מיקוד: 4076411					

ממושכת, לעיתים קרובות התעורר משינה מוקל במשככי כאבים (ארקוקסה)
המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה ניכרת,
עדיין כאבים מציקים עם מגבלה קלה בטווחי תנועה ובתפקודים הנ"ל,
המטופל הודרך להמשך תרגול עצמי תנועתי יומיומי + הליכה יומיומית

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם המכון: אריאל מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן



חתימה

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 26 עד 26)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בראשון לציון**נתן עליה - נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ**

התובע, נתן עליה, 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 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

(עמודים 28 עד 30)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	עליה	שם פרטי	גתו	313978595	תעודת זהות
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון	
דרד הציונות	53/1	אריאל	4076411	0504283369	

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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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: _____ מכבי _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 10.7.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ נתן עליה _____, מס' 313978595, מרחוב _____, דרך הציוניות 53/1 אריאל _____, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או עו"ד מרון יעקוב ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ חברת הראל _____ בענין תאונת דרכים מיום 04.09.2024 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, 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. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.



13. ליצגני ולחופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות חשיתופיות, 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 10 לחודש 7 שנה 2025

חתימה: עמרם אילן

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
עורך-דין 62254