

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: 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 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.

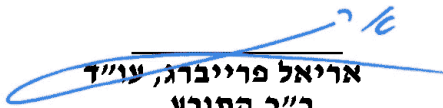
(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

**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               |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1: תעודת חובה טופס הודעה וצילום רישיון</a> (עמודים 7 עד 10) | <a href="#">7</a>  |
| <a href="#">נספח 2: תעודות רפואיות</a> (עמודים 12 עד 24)                     | <a href="#">12</a> |
| <a href="#">נספח 3: בקשה למינוי מומחים</a> (עמודים 26 עד 26)                 | <a href="#">26</a> |
| <a href="#">נספח 4: יפוי כח ווסר</a> (עמודים 28 עד 30)                       | <a href="#">28</a> |



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             | מספר שלדה |
| סוג הרכב לצורך ביטוחו       | רכב פרטי                 | נפח מנוע/משקל         | מספר נוסעים              | כחוק       | שנת יצור/מועד העלייה לכביש | 2023      |
| בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: | כמפורט בגב התעודה סעיפים | מטרות השימוש המותרות: | כמפורט בגב התעודה סעיפים | אין הרחבות |                            |           |

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

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)  
לתשומת לב המבוטח/הסוכן: מוקד הראל - \*2735 אבא הלל 3 רמת גן 5252202 teudathova@harel-ins.co.il

אנו מאשרים בזה שהפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח. הראל חברה לביטוח בע"מ

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 זה                   | 2024                               | 2024                | 2024                        |
| מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב זה | 00                                 | 00                  | 00                          |
| מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב זה                          | 00                                 | 00                  | 00                          |
| נפח מנוע/סמ"ק/הספק (כ"ס)/משקל הרכב המבוטח                                                             | 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 טייה מנתיב (LDW)                                                                       | כן                                 | כן                  | כן                          |

\*מקור הסתירות במידע שעליו הסתמכנו כאמור לעיל, נובע ממידע שגוי שהתקבל מהמאגר, באפשרותך לערער בהתאם ל"נהל הגשת ערעור לנתוני המאגר לאיתור הונאות" שפורסם באתר "הראל" [www.harel-groups.co.il](http://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 הביטוח.

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

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



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

|                             |                          |                       |                          |            |                |           |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------|----------------|-----------|
| 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 | מספר שלדה |
| נפח מנוע/משקל               | מספר נוסעים              | כחוק                  | שנת יצור                 | 2023       |                |           |
| בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: | כמפורט בגב התעודה סעיפים | מטרות השימוש המותרות: | כמפורט בגב התעודה סעיפים | אין הרחבות |                |           |

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

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)  
לתשומת לב המבוטח/הסוכן: מוקד הראל - \*2735 אבא הלל 3 רמת גן 5252202 teudathova@harel-ins.co.il

# הודעה על תאונת רכב



## א. פרטי המבוטח והפוליסה:

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

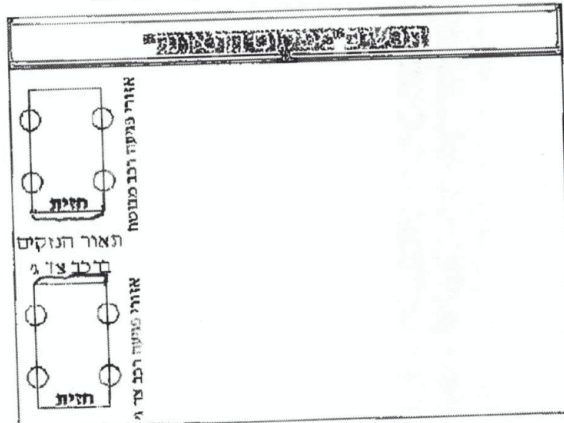
## ב. פרטי נהג- חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה

|           |           |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| שם הנהג   | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי |
| מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי |
| מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי |
| מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי | מס' רישוי |

## ג. פרטי התאונה

|         |         |                          |          |         |         |         |
|---------|---------|--------------------------|----------|---------|---------|---------|
| תאריך   | שעה     | במקום / כתובת אתר התאונה | מס' יומן | מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק |
| מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק                  | מס' תיק  | מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק |
| מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק                  | מס' תיק  | מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק |
| מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק                  | מס' תיק  | מס' תיק | מס' תיק | מס' תיק |

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



אחרי שנגרם ברעור הנחתי את הרכב  
מימין מחלף להתקדם לתחילת שטח  
ברכב רק שטח/פני

עדים: שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_  
הרכב במוסד \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

## ה. נפגעים

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

| מס' רישוי    | מס' ת. זהות | כתובת הנפגע | מס' טלפון    | מהות הפגיעה | גיל | האם אושפז: כן / לא | מס' אישפוז |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-----|--------------------|------------|
| 052-640-1612 | 30          | כאן ז       | 052-640-1612 |             |     |                    |            |
|              |             |             |              |             |     |                    |            |
|              |             |             |              |             |     |                    |            |

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

פינוי ע"י מד"א: כן / לא

## ו. פרטי הרכב המעורב - צד ג'

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

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 הדרשה. כמו כן, הנני מודע כי כוחה של הרשל לחבר לביטוח בעימי לצלם את תיק המשטרה/התביעה המשפטית ככל שידרש. הנני מתחייב כוח להעביר מידות לחברה / כל הודעה / הודעה בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן הנני להצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

הטופס מולא ע"י

הרשל חברה לביטוח בע"מ - ממיווג של שטח וסחר - ציון

קטגוריות כלי הרכב Categories of vehicles

IL 313978595

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

Restrictive Conditions of Use

313978595

1501010144

רשיון נהיגה DRIVING LICENCE  
מדינת ישראל STATE OF ISRAEL



עליה  
1. ALLIA  
נתן  
2. NATHAN  
3. 13.01.1994  
4a. 13.01.2028  
5. ID 313978595  
6. יפה נוף 14 קדומים

4a. 14.01.2018  
4d. 9261675  
8595

1. A1 B



תאריך: 06/11/24  
מבלי לפגוע בזכויות לרבות בטענת  
ההתיישנות

לכבוד  
עליה נתן  
ציונות 53  
אריאל  
4076411  
ג.א.נ.

הנדון: מס' תביעה: 240310008562

ת"ד מיום: 04/09/2024  
רכב מס': 52409603  
מס' פוליסה חובה: 603007599677  
שם המבוטח: שלמה מוטורס בע"מ  
שם נפגע: עליה נתן

הננו מאשרים את קבלת פנייתך.

לצורך המשך בירור התביעה נבקשך להמציא לידינו את המידע ו/או המסמכים  
הבאים:

אישור משטרה  
כתב קבלה ושחרור/ שטרי פטור

אם מסמכים ו/או מידע אלו הועברו כבר על ידך, נא ראה את הבקשה כמבוטלת.  
נציין כי דרישת המסמכים שלעיל אינה סופית, ויתכן שבהמשך, בהתאם להתפתחות הטיפול בתביעתך, תתבקש להציג מידע ו/או  
מסמכים נוספים.



הטיפול בתביעה שבנדון דורש זמן לבירור ויישוב התביעה מהסיבה/ות הבאות:  
המתנה לקבלת מסמכים שנדרשו מתובע וטרם הומצאו.  
המתנה לקבלת שטר פטור חתום ו/או התייחסות להצעה שנשלחה.

אנו עושים הכל כדי לקצר את זמן הטיפול בתביעתך ולתת לך שירות מיטבי.  
נעדכןך מיד עם קבלת החלטה בתביעה.

אין באמור במכתבנו זה, לכשעצמו, כדי להוות הודאה בכיסוי ו/או בחבות כלשהי מצדנו, ועמדתנו לענין זה תועבר בתום בדיקותינו,  
וזאת ככל שלא הועברה עד כה הודאה בחבות.

הננו להביא לתשומת לבך, כי בהתאם להוראות חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, תקופת ההתיישנות של תביעה שאינה  
במקרקעין היא שבע שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.  
מניין תקופת ההתיישנות מתחיל במועד קרות מקרה הביטוח.

יובהר כי הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מירוצן ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירוצן  
ההתיישנות.

אם מדובר בקטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה-עשרה שנה.

אם האירוע התרחש מחוץ לשטח מדינת ישראל, לנפגע שאינו אזרח מדינת ישראל תחול תקופת ההתיישנות שנקבעה בדין  
שחל במועד האירוע.

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 24)





## מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה  
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

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

## מדידות:

| תאריך      | שעה   | מדידה       | תוצאה                                 |
|------------|-------|-------------|---------------------------------------|
| 09/09/2024 | 20:57 | חום         | [P.A] 36.5                            |
| 09/09/2024 | 20:57 | אומדן נשימה | סטורציה: 98                           |
| 09/09/2024 | 20:58 | לחץ דם      | מס. נשימות בדקה: 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

מר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה  
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                | תל.עבודה/נייד: 0504283369 |
| ת.לידה: 13/01/1994             | מין: ז                    |
| 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 אורתופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורתופדי בקהילה.  
מספרי הטלפון של הרופאים האורתופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



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.ז.: 313978595           |  |
| ת.לידה: 13/01/1994             |  | מין: ז         |  | טלפון: 0504283369         |  | טל.עבודה/נייד: 0504283369 |  |
| כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל |  | מיקוד: 4076411 |  | תל.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 על ידי 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 | 0.89  | Creatinine (B) |
| 24/10/2022  | 2.0 שנים | 116   | eGFR           |

שם הרופא: דר' אוקראינסקי ז'נה

תאריך: 21/11/2024

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

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

## 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



## 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 הנורליים ללא הצריות.  
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.  
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 יופנו 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 לפניות 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

מסמך אושר  
דיגיטלית  
מכביטלפון: 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 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  
2025-04-23  
רופאה כללית





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             |  | מ.י.ן: ז       |  | טלפון: 0504283369 |  | טל.עבודה/נייד: 0504283369 |  |
| כתובת: 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 הנורליים 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, רופאיה 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

תאריך

חתימה ותחתמת הרופא

רופאה כללית  
 20.04.2025  
 ד"ר אוקראינסקי ז'נה

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 ובירור

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

|                                |  |                |  |                   |  |                           |  |
|--------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| 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 |  |                   |  |                           |  |

**התייעצות מומחה**

תחום שירות: טיפול בכאב - במכבי

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 וביורור

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 אנטלגית. 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

מעשנת: 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



קוד הפניה: 437638377

טלפון: 09-9721333

פקס: 09-8780081

כתובת: אל חסן בן עלי 26, קלנסווה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313978595

שם פרטי: נתן

שם משפחה: עליה

טל.עבודה/נייד: 0504283369

טלפון: 0504283369

מין: ז

ת.לידה: 13/01/1994



מיקוד: 4076411

כתובת: דרך הציונות 53/1, אריאל

0313978595

**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 פאראורטבראלית. 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 לסטנזיס 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 רלוונטים\*\*

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:        |  | 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    |  |                           |  |

**סיכום טיפול פיזיותרפיה**

תאריך הפקדה: 03/07/2025

לכבוד דר' ד"ר גורמן גאורגי

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

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

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 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



144804

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

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

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 /

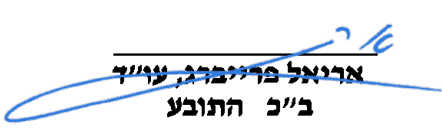
בבית משפט השלום  
בראשון לציון**נתן עליה - נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ**

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 פריימונד, 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 | נחן     | 313928595  | תעודת זהות |
|-------------|------|---------|---------|------------|------------|
| רחוב        | מס'  | עיר     | מיקוד   | טלפון      |            |
| ד"ר 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 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 ויתור 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 האב \_\_\_\_\_ 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 בנוכחותי 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: שמעון אילן

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרידברג, עו"ד  
62254  
עורך-דין