



בית משפט השלום בראשון לציון

27 אוגוסט 2025

ת"א 71747-08-25 ארז נ' כלל חברה
לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 27/08/2025 בשעה (بالساعة) 14:27 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 71747-08-25 ארז נ' כלל 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 : 25.8.25

התובעת :

סיגל ארז, ת"ז 51590677
מרחוב כחלית 30, יבנה 8150612
טלפון : 052-3278037

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

כלל, חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520024647
מרחוב ראול ולנברג 63, תל אביב, 6136902
טל : 036387777. פקס : 036387676
דוא"ל : clal-hova@clal-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 והתובעת הגישה 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 לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 26.07.1952, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 81-607-66 (להלן: "**הרכב**")
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה ותעודת חובה מסומנות "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. התובעת נהגה ברכב אשר בוטח בביטוח חובה ע"י הנתבעת במועד בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. התובעת, סטודנטית למשפטים, שכירה ויזמית נדל"ן, מתקשה מאז התאונה בביצוע עיסוקיה ומטלותיה ונגרמו לה הפסדי שכר.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 18.8.24 בשעה 19:00, או בסמוך לכך, בכביש בינעירוני מס' 4 בקמ' 105.3, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ.ר 11-737-64 והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב תמונות, מסומנות "**כנספח 2**".

8. לאחר התאונה הגיעה התובעת לביתה, כשהיא כאובה, וסובלת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, היא שהתה במנוחה תוך נטילת משככי כאבים בתקווה כי המדובר הוא בכאבים וחבלות שיחלפו לאחר מנוחה ונטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב במסגרת ביתית.



9. משלא חל שיפור, אלא, החמרה, פנתה לקבלת טיפול רפואי והונחתה לשהות במנוחה תוך המשך נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב.

10. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, עם הקרנת הכאבים לגפיים, וכאבי ראש המשיכה התובעת במעקב הרפואי והוחלט להפנותה להמשך מעקב אורתופדי, לסדרת טיפולי פיזיותרפיה, בדיקות דימות והמשך מנוחה בבית.

11. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם נותרה עם הגבלה ניכרת בתנועות הגב והצוואר, עם קושי ניכר בהליכה, קושי בהרמת חפצים וביצוע פעולות יומיומיות, היא הופנתה להמשך טיפול, נטילת טיפול נרקוטי לשיכוך כאב ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות, "כנספח 3".

12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כאבי ראש, מכאבים והגבלה בתנועות הכתפיים, מהקרנת הכאבים לגפיים, מקושי בעמידה, הליכה ושיבה, מקושי בהרמה ונשיאת חפצים, מקשיי הירדמות ושינה, צורך בשימוש ונטילת משככי כאבים נרקוטיים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובעת, סטודנטית למשפטים, שכירה ויזמית נדל"ן, מתקשה מאז התאונה בביצוע עיסוקיה ומטלותיה, היא מתקשה בביצועם. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה בשים לב להיעדרותה בעטיה של התאונה, בתאריך 14.1.2025 הופסקה עבודתה בחברת תקשוב.

מצ"ב מכתב פיטורין, מסומן "כנספח 4".

14. בעטיה של התאונה מתקשה התובעת בביצוע עיסוקיה ופרנסתה ונגרמו לה הפסדי שכר ויגרמו לה גם בעתיד.

15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לקושי בהליכה ולמגבלותיה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.



(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

18. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| (1) הפסד השתכרות בעבר - | ₪ 105,000 |
| (2) עזרת הזולת בעבר - | ₪ 25,000 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר - | ₪ 10,500 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 7,500 |

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרות בעתיד.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

19. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

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

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 26)	11
נספח 3: מכתב פיטורים סיגל ארז (עמודים 28 עד 28)	28
נספח 4: בקשה למינוי מומחים (עמודים 30 עד 30)	30
נספח 5: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 32 עד 35)	32



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 9)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת יבנה שפלה
כתובת הגלבוש 74
טלפון 08-9325444
פקס 08-9325420
מספר תיק פלא 424805/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 06/10/2024, ד' תשרי תשפ"ה, 12:59
נושא המסמך אישור ת.ד.

לכל המעוניין

תאריך התאונה 18/08/2024 בשעה 19:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 4 ק"מ מס 105.3

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
8160766	פרטי נוסעים	טויוטה יפן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
כלל	47412092700	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	51590677	אריז סיגל	26/07/1952	יבנה, כחלית 30	קופ"ח מכבי	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
1173764	מרכב אחוד	שברולט ארה"ב
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית

מעורבים ברכב



שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	41145194	לטוביץ פטר	16/09/1947	גפן, גפן 47		

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	06/10/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
914168	בשאר	אבינועם

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
914168	אבינועם	בשאר	רב נגד	חוקר משל

מקום שרות

משרד אחמ יבנה שפלה



ר"ח אבינועם בשאר
מ.א. 914168
חקירות יבנה



כלל חברה לביטוח בע"מ
ראול ולברג 36, קריית ענבים, ת"א
תל 37070 תל אביב 6138902

מספר הפוליסה 47412092700
מספר התעודה: 4225753
פקודת ביטוח רכב ממנו: (נוסח חדש) תשי"ז - 5707 (להלן - פקודת הביטוח)

תעודת ביטוח חובה

שים לב,

מסמך חשבוני שאינו מלאה ונכח מוסר כריתת חובת הביטוח, עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקטין למחצה זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, במסגרת 9 לפוליסה.

שם: **שם הסוכן:**
מספר זיהוי: **מספר סוכן:**
51590877 **62620**
מועד תחילת הביטוח: **תאריך הוצאת התעודה:**
01/08/2024 **30/07/2024**
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק: **שעת הוצאה:**
01/08/2024 **10:14**
אך לא לפני התאריך להלן: **פרטים בדבר חוקי הכיסוי והיקפו מפורטים**
באתר: **www.clalbi.co.il**

תאור הרכב לצורך ביטוחו
מספר רישוי: **שנת הייצור:**
8160766 **2008**
שלדה: **סוג רכב ברישיון הרכב:**
0 **M-1**
משקל הרכב: **סוג הרכב לצורך ביטוחו*:**
2110 **M-1**
נפח מנוע / הספק: **שם היצרן והדגם:**
1998 **טויוטה ראו 4 אונס**

*בהתאם לטופס שנקבע ממנו מאגר הנתונים, החדירה במקומות ביטוח רכב ממנו (הקטנה ולקוח) של מאגר מידע (התשס"ד - 2004)

סכום שאלות ותשובות ופירוט בדבר סתירות - פוליסה מספר 47412092700 יזכר מספר 8160766 לתקופה 31/07/2025 - 01/08/2024
החלטות על כריתת חובת הביטוח והיטוב דמי הביטוח נקבעו, בין היתר, בהסתמך על חותמים שמסר המבוטח, כפי שפורטו בתעודת הביטוח וכן על הנחיות המפורטות להלן ובהם נמנו מאגר המידע לאיתור הוואות (להלן "המאגר").

שאלות והיתנים		תוצעת המבוטח	וחתמי המאגר*
א	נפח מנוע / משקל הרכב המבוטח:	1998	1998
ב	איל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב	72	---
ג	מין האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא:	נקבה	---
ד	שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא:	1977	---
ה	מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:	0	---
ו	מספר פסילות רישיון בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:	0	---
ז	ברכב קיימת מערכת בקרת יציבות (ESP)	לא רלוונטי	כן
ח	מספר כריות אוויר ברכב הוא:	לא רלוונטי	לא רלוונטי
ט	ברכב קיימת מערכת התראה על אי שמירת מרחק (FCW)	לא רלוונטי	לא
י	ברכב קיימת מערכת התראה על סטייה מנתיב (LDW)	לא רלוונטי	לא
יא	מספר מוסעים מירבי מותר:	לא רלוונטי	---
יב	האם הרכב כולל מכשיר עבודה (מנוף, רכיבה וכ"ו) אחד או יותר?	לא רלוונטי	---
יג	האם הרכב מוביל מעת לעת חומרים מסוכנים?	לא רלוונטי	---

*בהתייחס לנתונים הקיימים במאגר, החברה התבססה על נתוני המאגר. עדיין על גופו המאגר במקרה של סתירה בין הודעת המבוטח לנתוני המאגר, ינקו ויתגיש בריחה ל"גורל חשד ערור לנתוני מאגר" (<https://www.clalbi.co.il/cerinsurance/minimumcoverage>) - לוח לוח נא.

סכום דמי הביטוח (ש"ח)
1,177,177
חתימת הבנק
05-08-2024
שם: **שם הסוכן:**
מספר זיהוי: **מספר סוכן:**
51590877 **62620**
מועד תחילת הביטוח: **תאריך הוצאת התעודה:**
01/08/2024 **30/07/2024**
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק: **שעת הוצאה:**
01/08/2024 **10:14**
אך לא לפני התאריך להלן: **פרטים בדבר חוקי הכיסוי והיקפו מפורטים**
באתר: **www.clalbi.co.il**



מלחמה במחיר

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 26)



תאריך: 20/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית



021085

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מ.י.נ: 0523278037		טל.עבודה/נייד: 0523331727		מיקוד: 8150612	
כתובת: כחלית 30, יבנה		0051590677					

אישור מחלה

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

א.י.נ.ה מסוגלת לעבוד מיום: 18/08/2024 עד יום: 22/08/2024 סה"כ: 5 ימים.

חתימה וחתימת הרופא

20/08/2024

תאריך



תאריך: 28/08/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מר גורם מפנה



021085



טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.ל.ידה: 26/07/1952	מין: נ
כתובת: כחלית 30, יבנה	טלפון: 0523278037
0051590677	ת.ז.: 51590677
טל.עבודה/נייד: 0523331727	
מיקוד: 8150612	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 23/08/2024 עד יום: 31/08/2024 סה"כ: 9 ימים.

ד"ר שפיץ דניאל
מר. 21085
חתימה וחוממת הרופא

28/08/2024

תאריך



תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר. שפיץ

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



קוד הפניה: 396091217

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.ז.: 51590677	תל. עבודה/נייד: 0523331727
ת.ל.ידה: 26/07/1952	מ.י.נ: 0523278037
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612
0051590677	

התייעצות מומחה

במכבי -

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מטרת ההפניה: אודה על הערכתך.

** 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 - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

11/09/2024

חתימה וחתימת

תאריך

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

אבחנה:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות : לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/09/2024

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



021085



טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	0051590677	

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב *	שכיר/עצמאי	חבר (כ"ל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	תקשורים מרכז תקשורת עסקי בעמ	נציגת שרות	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
18/08/2024	18:00	תאונת דרכים בדרכה מהעבודה לביתה.		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
גב ראש.	ד"ר שפיץ דניא	18/08/2024		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

הממצא הקליני:

במהלך התאונה הגיע אמבולנס. לא הסכימה להתפנות לחדר מין.

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

הטיפול שניתן על-ידינו: אנלגטיקה.

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 16/09/2024 (בכלל)

11/09/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל. עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

11/09/2024

תאריך

ד"ר שפיץ דיאג
21085
מ.ר
חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. גורם מפנה



031565

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 406886671

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סגל	שם משפחה: ארז
ת.ז.: 51590677	ת.לידה: 26/07/1952
טל.עבודה/נייד: 0523331727	מין: נ
מיקוד: 8150612	טלפון: 0523278037
כתובת: כחלית 30, יבנה	0051590677

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים: רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלי
בדיקה פיזיולוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא

ס'בת ההפניה: טיפול בהתאם לקליניקה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

24/11/2024

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/נייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612		0051590677			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב *	שכיר	שם המעביד וכתובתו

תוצאות הבדיקה:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ביוורלוגית תקינה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• BACK PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 64 ימים, היינו מיום: 17/09/2024

עד יום: 19/11/2024 (בכלל).

24/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה



תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0316949478



031565

קוד הפניה: 406886927

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סיגל	שם משפחה: ארז
ת.ז.: 51590677	ת.לדה: 26/07/1952
טל. עבודה/נייד: 0523331727	טלפון: 0523278037
מיקוד: 8150612	כחלית 30, יבנה
כתובת: 0051590677	

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

בי"ח אסותא אשדוד ציבורי

תלונות:

לפני שנים עברה ניתוח כגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות:

17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא :

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

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 11/2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דימטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ארז

שם פרטי: סיגל

ת.ז.: 51590677

טל.עבודה/נייד: 0523331727

מיקוד: 8150612

טלפון: 0523278037

מין: נ

תלידה: 26/07/1952

כתובת: כחלית 30, יבנה



0051590677

הפניה למכון דימות - C.T

שאלה לרדיולוג:

לחזור למומחה

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
27/08/2023	1.2 שנים		Creatinine (B)
27/08/2023	1.2 שנים		eGFR
		1.04	
		54	

שם הרופא: ד"ר חלדרוב אדוארד

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.



תאריך: 10/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		



0051590677

אישור רפואי

תלונות: לדבריה נפלה ב-5.12.24 במדרגות בגב
מז כאב והגבלה בתנועות קושי בישיבה

• FALLING

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

הערות: עקב נפילה הרגישה לא טוב וגם לאחר ניתוח בגב לכן לא יכלה לעשות מבחן

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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 לאמינות העובדות שנרשמו לפניו / 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.

ד"ר חלדרוב אדוארד
מ.ר. 31565 מ.ר.מ. 21688

חתימה וחוקמת הרופא

10/12/2024

תאריך

תאריך: 25/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לדה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל. עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור בריאות

הנ"ל: עברה תאונת דרכים ב 8.2024

הערות: אינה חשה בטוב ואינה מסוגלת לדבריה לעבוד.

ד"ר שפיץ דניאל
מ.ר. 21085
חתימה וחוקמת הרופא

25/12/2024

תאריך



מכבי שירותי בריאות

תאריך: 07/01/2025

מ.ר גורם מפנה



021085

דר' ד. שפיץ
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/גייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612					

מכתב

תאריך: 07/01/2025

לכבוד: כל המעוניין.

הנ"ל סובלת מכאבים ברגל שמאל וכן גם בידיים כתפיים.
להערכתה מדובר בבעיה הקשורה לתאונת דרכים שקרתה ב 8.2024.
אינה יכולה להערכה עדיין לתפקד.
נמצאת במעקב של אורתופד.
בברכה

דר' ד. שפיץ
מ.ר. 21085
דניאל

בברכה,
דר' ד. שפיץ

חתימה



בית חולים חוסידמן לאונקולוגיה
THE JUSIDMAN ONCOLOGY HOSPITAL

המערך ההמטו-אונקולוגי ע"ש ורדה ובעז דותן

מכון המטואונקולוגי

מנהל/ת : דר' אביגדור אברהם מ.ר. 21857	טלפון : 03-5302127
אח/ת אחראית : שרון פרסטר	פקס : 03-5305343
דוא"ל: Mirp.Hematology@sheba.health.gov.il	

סיכום ביקור רפואי

שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת"ז: 51590677
גיל: 73	מין: נקבה	טלפון נייד: 0523331727
תאריך ביקור : 06/04/2025	מספר ביקור : 27154876	קופת חולים : קופ"ח מכבי
כתובת: כחלית 30 יבנה 8150612		

סוג ביקור

סוג הביקור: פרונטלי

אבחנות המטולוגיות

- Chronic Myeloid Leukemia (M9863/3)

אבחנות רקע

- Chronic Myeloid Leukemia (205.10) 17/09/2008 CP B3A2

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים
סיכום רופא ותוכנית טיפול

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
06/04/2025 11:00	דר' וולציק יוליה מ.ר. 26596	סך הכול מרגישה טוב, אך לאחר ת. דרכים ב 08.2024 סובלת מכאבי גב וקרינה לידיים ורגליים נבדקה על ידי אורתופד ו עשתה CT ע"ש - ללא ממצא אקוטי. אקו לב בוצע ב 01.2025, אך לא הביאה את התוצאה. נא לשלוח את התוצאה בהקדם במייל. סדם תקינה RT-PCR אחרון - MMR נא להמשיך טיפול ב DASATINIB 50 מ"ג ללא שינוי. ביקורת + ביצוע RT-PCR BCR-ABL בעוד 4 חודשים.	

המלצות בביקור

המלצה: 1. לשלוח תוצאה של אקו לב בהקדם במייל
2. ביקורת + ביצוע RT-PCR בעוד 4 חודשים.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מכון המטואונקולוגי. בעוד 4 חודשים.

הערות: RT-PCR מילומה (סדם, כימיה, מגנזיום, GGT, אימונוגלובולין, FLC). אימונו פיקסציה.



031565

מסמך אושר
דיגיטלית
מכביד"ר חלדירוב אדוארד
כירורגיה יונתופונית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		



0051590677

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע
לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות
מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
כאבי והגבלה בתנועות
כאב מקרין לרגל שמאל
כאב גם בידיים עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13
עדיין מוגבלת בניידות

ממצאים:

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
CT הודגמה הנמכה משמעותית של החלק העליון של גוף החוליה L1.
איבוד גובה משמעותי של גוף החוליה L2 בצורת "יתד".
הגובה של שאר גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים מוצרים בגובה L4-L5, L5-S1.
קיבוע מתכתי באלמנטים אחוריים לאורך ע"ש מותני.
המגיומה בגוף החוליה L4-L5.
שינויים ארטרוטיים במפרקים פצטליים לאורך עמוד שדרה מותני.
שינויים ניווניים במפרקים הסקרואליאקליים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5, L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותנ

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13

• BACK PAIN

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

כעיות ידועות:

תאריך: 22/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



031565



טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה יורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

רגישויות לתרופות: - MICROPirin - 17/09/2008

- ACETOSAL - 17/05/2023

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

הערות: עקב בעיות גב וברכיים ללא סייג זקוקה לתו נכה
פרט לכך סובלת מלאוקמיה
ניידות ללא רכב עלולה לערער את מצבו הרפואי

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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 מפני 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.

22/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

031565
מ.ר גורם מפנה
לואולא זאולאט ל.ל.

נספח 3 :

מכתב פיטורים סיגל ארז

(עמודים 28 עד 28)



14 ינואר 2025

לכבוד
סיגל ארז
ת.ז: 051590677

סיגל שלום,

הנדון: סיום עבודתך בחברת תקשוב

בהמשך להחלטתך לוותר על שיחת השימוע בתאריך 13/01/2025, ובהמשך להודעה ולהחלטה שקיבלת זה מכבר בדבר מסקנות השימוע, הריני להודיעך שנית כי הוחלט על סיום העסקתך בחברת תקשוב.

1. הנך מועסק בתקשוב החל מיום 17/01/2024 כאשר סיום עבודתך בחברה יהיה ביום 25/01/2025 (כולל ימי הודעה מוקדמת).
2. בתקופת ההודעה המוקדמת מצופה ממך להגיע לעבודה. מכתב זה מהווה הודעה מוקדמת כמתחייב על פי חוק הודעה מוקדמת לפיטורים ולהתפטרות, התשס"א-2001.
3. עם סיום עבודתך, ייערך לך גמר החשבון כמתחייב בחוק ובהתאם למוסכם בהסכם העבודה עליו חתמת עם תחילת עבודתך בתקשוב. במידה וקיימות הפרשות, פדיון ימי חופשה, הבראה וכיו"ב, אלו יופרשו לזכותך במשכורתך האחרונה.
4. במידה ומצוי ברשותך ציוד של המעביד, הינך מחויבת להשיבו כשהוא במצב תקין, למעט בלאי סביר, לא יאוחר מיום סיום העסקתך.
5. כאן המקום להזכיר, כי סעיפי הסודיות ואי התחרות עליהם חתמת במסגרת חתימתך על הסכם העבודה בתקשוב, חלים גם לאחר סיום העסקתך.
6. תקשוב מאחלת לך הצלחה רבה בהמשך דרכך.

בכבוד רב,

רונית גלעדי

רכזת משאבי אנוש,

תקשוב
מרכז תקשורת עסקי בע"מ
ח.פ. 512287186

נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 30 עד 30)



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**סיגל ארז - נ ג ד כלל חברה לביטוח בע"מ**

התובעת, סיגל ארז, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 5 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 32 עד 35)



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

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ סיגל ארז _____ בעל ת.ז. 51590677 _____ התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ 2008 _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ 1992 _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 25.8.25
הופיע/ה בפני _____ סיגל ארז _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס'
51590677 _____ ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ חתימת עורך הדין

י פ ו י כ ח

סיגל ארז

אני הח"מ, 51590677 מס', מרחוב _____, כחלית 30, יבנה _____, ת.ז. מס' _____, ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 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 ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, 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 25 _____ לחודש 8 _____ שנה 25 _____

חתימה: X סימא

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין ר/



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>ארז</u> שם משפחה	<u>סיגל</u> שם פרטי	<u>51590677</u> תעודת זהות	<u>שם האב</u>
<u>כחלית</u> רחוב	<u>30</u> מס'	<u>יבנה</u> עיר	<u>טלפון</u>

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

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 25.8.25 עד לחתימה ומס' _____ אריאל פרייברג, עו"ד חתימה: X _____
מ.ר. 62254