

ת.א. 25 /

בבית משפט השלום
בראשון לציון

תאריך חתימת המסמך : 09.11.25

התובע **מאור מנשה, ת"ז 21497767**
מרחוב יפתח 4 תל אביב
טלפון : 0508263484

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 : **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל' : 03-9424300; פקס : 03-9620303
דוא"ל : poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה



סוג התביעה ונושא: 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, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגישי כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 31.10.2004, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש באופנוע הנושא מספר רישוי 690-88-802 (להלן: **"הרכב/האופנוע"**).
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
רצ"ב ביטוח חובה מסומן **"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, נציג מכירות במועד התאונה, נעדר מעבודתו בעטיה של התאונה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
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 לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 04.03.2025, בשעה 08:30 או בסמוך לכך, בכביש 471, היה התובע מעורב בתאונה בקינמטיקה קשה עת פגע ברכב שהיה מלפניו, והוא נפגע ונחבל בכל חלקי גופו (להלן: **"התאונה"**).
8. ממקום התאונה, פונה התובע עם צוות מד"א לקבלת טיפול רפואי בבית החולים "בילינסון", בפתח תקווה, כשהוא סובל מחבלות משמעותיות בגפיים, חבלות מדממות, לצרציות בירך, בגפיים תחתונות, וכן במרפקים וכפות ידיים בשני הצדדים, וכאבים בצוואר ובגב.
9. לאחר אשפוז שכלל חיטוי, חבישה וביצוע בדיקות הדמיה לשלילת שברים בגפיים שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, המשך חבישה וחיטוי, פיזיותרפיה נטילת משככי כאבים ומנוחה ממושכת.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, בנוסף לכאבים והגבלה בתנועות הגפיים, טופל במסגרת הקהילה והופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, המשך טיפול מקומי, שיכוך כאב ומנוחה.



11. התובע ביצע סדרת טיפולים אינטנסיבית, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב והופנה להמשך טיפול במסגרתו הוחלט להפנותו לביצוע בדיקות הדמיה.
12. והומלץ לו על ביצוע בדיקות הדמיה, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
13. בדיקת הדמיה שכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה ממצא -שבר - בעצם העצה והוא הופנה לבדיקת CT שהדגימה בלט דיסק אחורי בגובה L4-L5 משיק לקדמת השק התקאלי והוא הופנה להמשך מעקב רפואי ובירור.

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

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הגפיים התחתונות וכפות הרגליים, מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. מקושי בכיפוף, צידוד וכריעה, מקושי בעמידה וישיבה ממושכות, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקושי בהרמה ונשיאה, מחוסר יציבות, מכאבים, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע עובד כטלפן במוקד, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, מחמת התאונה ותוצאותיה, נעדר מעבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו בעתיד.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולחסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.



חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – | ₪ 135,500 |
| עזרת הזולת בעבר – | ₪ 20,250 |
| הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 8,500 |
| הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 20,250 |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות נידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדון 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 פריינברג, עו"ד
ב"כ התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: צילום רג (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 28)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 30 עד 30)	30
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 32 עד 34)	32



נספח 1 :

צילום רנ

(עמודים 7 עד 8)



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל

מנשה
1. MENASHE
מאור
2. MAOR
3. 31.10.2004
4. ט"ז בחשון התשס"ה 4a.26.09.2023
4b.31.10.2027 4d.ID 214977670
5. 2387866 7670
8. יפתח 4א תל אביב - יפו

7670

9. A1

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

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.

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת 2021 יתנום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה: <https://www.pool.org.il>

כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. הפוליסה (שכתובתו רח' אצל 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, email: mail@pool.org.il) היא מורשה לקבלת כתבי דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הסוכן	מס' הסוכן
203- 12403970524-00	69088802	הפול-מוקד טלפוני	20
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ח"פ	מס' סוכן משני	
מנשה אברהם	35863711		
כתובת בעל הפוליסה	בלי חותמת הבנק על תעודה זו - אין לה תוקף.		
יפתח 4 תל אביב - יפו			

מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוח	שם היצק והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב מועד עליה לכביש	שנת ייצור/מס' נוסעים
H32000004654	אופנוע-בעלות פרטית כל נהג	ימאהה	125	2021	כחוק
סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד			

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: וז: 16/06/2024 מועד פקיעת הביטוח: 15/06/2025 בחצות. פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר <https://www.pool.org.il>

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר, מאת מי מהם, רשאים לנהוג ברכב.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרות השימוש המותרות ברכב:
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א) (1) שבתחתית התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאין נכללות:

כמכ ט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים: 6(א) (2), 6(א) (3), 6(א) (4), 6(ב), 6(ג).

הרבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS: כן, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS: כן.

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פול")

יום ושעת הוצאה: 6/11/24 15:59 מספר ימי ביטוח: 365

סה"כ דמי ביטוח: 7,046.00 ₪

ספח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 2021, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/נהגה, שנת קבלת רישיון הנהגיה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת", פרטית

7 בני אדם הרשאים לנהוג ברכב

- רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב.
- על אף האמור בסעיף הקטן (א) נקבע בתעודת הביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסוגל "מונית" ברישיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהגיה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור.
- נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

8 רישיון נהיגה

- מבטח פטור מחבותו לפי פוליסה זו אם הנהג ברכב לא היה בעל רישיון נהיגה ב-תוקף בישראל לנהיגת כל רכב מסוג כלי הרכב המבוטח, ובאופנוע - בעל רישיון

תעודה לביטוח רכב חובה

6 מטרות השימוש המותרות

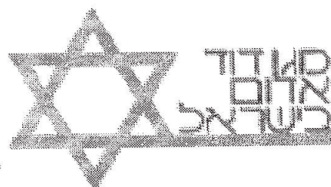
- חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
- (1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאין נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן.
- (2) מטרות עסקיות של מבחן נהיגה מטעם רשות רישוי ("טסט") ומטרות עסקיות של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח.

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 28)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

2057

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 04/03/2025

ארוע: 1046

מספר טופס: 18530252

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 214977670

שם משפחה: מנשה

שם פרטי: מאור

מין: זכר

תאריך לידה: 31/10/2004

גיל: 20

כתובת: תל אביב - יפו, יפתח, 4

מקור זיהוי: זיהוי עצמי

קופת חולים: לאומית

נייד: 0508263484

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: רמת גן, יציאה למהלך בר אילן, התקבל מיקום אוטומטי \ לצפון

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת דרכים חשד לשבר בקרסול.

מחלה נוכחית: בן 20. לדבריו ללא מחלות ברקע.

בהגיעו המטופל נמצא מתהלך לעברנו לצד עוברי אורח.

לדבריו, בעת שנסע עם האופנוע נכנס ברכב מקדימה, מציין כי גלש לשוליים וחבש קסדה

בבדיקתו, בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשמתיית הנראית לעין, דופק רדיאלי סדיר ונימוש, נורמוטנסיבי, ללא בחילות או הקאות, הזעה

ללא חיוורון, ללא סחרחורות או כאבי ראש, שינוי צורה בקרסול שמאל, עצם קרסול חשופה שפשוים באצבעות בידים, שפשוף בברך, ללא

דימומים או חבלות נוספות, אישונים תקינים, זוכר את פרטי האירוע, מתמצא בזמן ובמקום, שולל סיפור של איבוד הכרה.

בטיפולו, חיטוי חבישה וקיבוע.

פונה למיון בית חולים בלינסון להמשך בירור.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

	אחריהם חס 2057 בדיקה ז	
08:37		בדיקות
ולא בחילות		הקאות
וושם		גשימות
18		קצב נשימה
סדיר		דופק
90		דופק לדקה
מלאה A		הכרה
לח		עור וזריות

בדיקות עזר

אנבוליס מס' 2057-בדיקה 1	08:37	בדיקות
120/70		לחץ דם
ידי		אופן המדידה
ק		אישונים שווים
תקין		אישון שמאלי
תקין		אישון ימני

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טראומה:

כף רגל שמאל: שינוי צורה

719*U

אמילוס מס' 2057-בדיקה 1
08:37

תרופות

תחילת 2057'ח'תק"ז

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: רוכב אופנוע

הערות

פונה ללא ליווי.
לא נצפו שינויים הנראים לעין במצב המטופל במהלך הפינוי.

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל
המבקש: חולה עצמו
המסייעים: עובר אורח
מקום האירוע: יציאה למחלף בר אילן/התקבל מיקום אוטומטי: \\\ לצפון - התקבל מיקום אוטומטי \\\ לצפון רמת גן
קוד מבצעי: 2057

סטטוס המטופל בסיום האירוע

הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
נשימות לדקה: 18
דופק ספונטני: סדיר

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: בלינסון פ"ת
מחלקה: מלר"ד פנימי
נמסר ל: נועה

זמנים

קבלה 08:22 : יציאה 08:23 : הגעה 08:28 : מפנה 08:35 : ביעד 08:42 :

אנשי צוות

שם הנהג : ראמי מצארווה חתימה: _____

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

מלרד - אגף ב	תאריך לידה: 31/10/2004	שם משפחה: מנשה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767	שם פרטי: מאור
אחות אחראית: נחמי בקר	מין: זכר	כתובת: יפתח תל אביב- יפו
טלפון: 03-9377011	גיל: 20	טלפון: 0508263484
פקס: 03-9222173		

תאריך קבלה: 04/03/2025 08:47
מספר קבלה: 2851580401

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת עבודה

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH	E8149			✓			
CONTUSION OF ANKLE	92421						

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בן 20 רוכב קטנוע שפגע ברכב (חבש קסדה)
חבלת קרסול עם חתך ברגלו השמאלית

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

נכתב ע"י סטודנט (יהונתן הלוי)

בן 20, לאחר תאונת דרכים
בריא בדרך כלל, לא נוטל תרופות. ללא רגישות לתרופות
בהכרה מלאה, כאוב, ללא מאמץ נשימתי ניכר

מדדים- סטורציה (א"ח) 100, דופק 75, ל"ד 125/72.
הערכת כאב- 6-7 ללא מעוניין במשככי כאבים בשלב זה.

מטופל לאחר תאונת דרכים כרוכב אופנוע. נסע במהירות של 90 קמ"ש ופגע ברכב שבלם מלפניו. החליק עם האופנוע, התחנך בכביש והאופנוע נפל עליו. חבש קסדה. לאחר התאונה התהלך על רגליו.
ללא אובדן הכרה, ללא כאבי ראש, ללא אובדן שליטה על סוגרים.
מתלוק על כאבים ברגל שמאל- ירך, ברך וקרסול. וכן במרפקים וכפות ידיים בשני הצדדים.

בבדיקה-

ראש במראה תקין, ללא סריטות או דימומים.

צוואר ועמוד שדרה- ללא רגישות או כאבים.

לב- דופק סדיר, ללא אוושת.

חזה- ללא מלפורמציה או סימני חבלה.

ריאות- כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ.

בטן- רכה ללא רגישות, ללא אורגנומגלי.

כפות ידיים ומרפקים- שפשופים קלים. ללא הגבלת תנועה בידיים, דופק נימוש.

רגליים- רגישות בירך שמאל. ברוך שמאל- שפשופים שטחיים, כאב בהנעה. קרסול שמאל- שפשוף בחלק הלטרלי, נפיחות ורגישות. מעט הגבלת בתנועה. דופק ותחושה שמורים.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004	מלרד - אגף ב
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767	מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
כתובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר	אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 0508263484	גיל: 20	טלפון: 03-9377011
		פקס: 03-9222173

תולדות המחלה

תאונת דרכים, חבלה ברגל שמאל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
09:04 04/03/2025	78	125/72	100	3

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 0.5 ml	SRG	04/03/2025 11:24	Once Rate from nurse:0	BOOSTRIX SRG 0.5 ml	

מהלך ודין

נרשם ע"י: קרליץ קורן לי, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 09:20 04/03/2025

דיווח / דיון: בן 20, בריא בדרכי, לא נוטל תרופות
רוכב קטנוע אשר פגע ברך (חבש קסדה), ללא חבלת ראש.
מלין על חבלה בקרסול וחתר

במלר"ד

=====

מדדים: ל"ד 125/72, דופק 78, סטורציה 100 בא"ח

נרשם ע"י: דר' קרפף נמרוד מ.ר. 177749, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 09:34 04/03/2025

דיווח / דיון: בן 20, בריא בדרכי,
ללא רגישויות ידועות
לא נוטל תרופות

ביום קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע כנגד רכב, לדבריו במהירות של כ-90 קמ"ש קינמטיקה גבוהה, חבש קסדה. לא נפתח חדר טראומה.

מלין על חבלות ירך, ברך, קרסול, משמאל וכפות ידיים ד"צ, שולל חבלת ראש חזה בטן. לאחר התאונה הצליח לשאת משקל.

בבדיקתו:

ירך שמאל- ללא סימני פציעה על גבי העור, מניע מפרק באופן מלא, רגישות קלה GT במישוש
ברך שמאל- שפשופים שטחיים באספקט קדמי, ללא רגישות, מניע ברך עם מנגנון יישור כיפוף שמור, יציבות וארוס ואלגוס תקינה.
קרסול שמאל- שפשוף שטחי נפיחות ורגישות סביב פטישון לטראלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי או אחורי, מניע מעט קרסול עם הגבלה אנטלגית, NV שמור.

כפות ידיים- שפשופים שטחיים סביב כפות ידיים ואצבעות, מניע שורש כף יד אצבעות באופן מלא, שמור NV
גב- ללא סימני חבלה, ללא רגישות בניקוש לכל אורכו

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004	מלרד - אגף ב
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767	מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
כתובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר	אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 0508263484	גיל: 20	טלפון: 03-9377011 פקס: 03-9222173

ת:
צילומים אגן קרסול ברך וכפות ידיים דו"צ
משככי כאב

נרשם ע"י: דר' פאר לינור מ.ר. 130228, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/03/2025 11:40

דיווח / דיון: המטופל נבדק על ידי בהגעתו:
מספר כ' התגנש ברכב שלפניו במהירות גבוהה, האופנוע נפל על רגלו, לאחר מכן קם והיזז א האפנוע הצידה.
ללא אובדן הכרה או בחתתר אש, ללא הקאות
נינוח, אינו כאוב, ללא הזעה חורחן או התנשמות
ללא טכיקרדיה, ל"ד שמורים

נירולוגית - GCS 15, מניע 4 גפיים, מתהלך ודורך על הרגל

הושלם EFAST - ללא נוזל חופשי בחלל הבטן או בפריקרד, ללא פניאומוטורקס

הושלמו צילומי גפיים ורגל - ללא ממצא גרמי חריף, ראו ישן אורתופד

לסיכום, המטופל יציב המודינמית, לא חסר נירולוגי, ללא חבלות נוספות, ללא צורך בהדמיה או המשך בירור במלר"ד

ישתחרר

נרשם ע"י: דר' קוסנקוב טום מ.ר. 183049, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/03/2025 11:42

דיווח / דיון: בצילומים ברך שמאל, קרסול שמאל, כפות דיים דו"צ, אגן ומפרקי ירכיים - ללא ממצא גרמי.

בהערכה חוזרת- דורך ונושא משקל.
קרסול שמאל- נפוחות דיפוזית סביב פטישון לטרלי, רגישות מוגברת באזור ה-DP. ATFL. נמוש היטב.

הוצג לד"ר חמודיס, משוחרר אורתופדית עם ההמלצות:
#חבישת פולידין לשיפשושים.
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#פיזיותרפיה- הפעלה מלאה.
#ביקורת אורתופדית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

המלצות

המלצה:
#חבישת פולידין לשיפשושים.
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#פיזיותרפיה- הפעלה מלאה.
#ביקורת אורתופדית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

בכל בלבול, הקאות, חולשת יד או רגל - לפנות לבדיקת רופא בדחיפות
חופשת מחלה: 5 ימים.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

מלרד - אגף ב	תאריך לידה: 31/10/2004	שם משפחה: מנשה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767	שם פרטי: מאור
אחות אחראית: נחמי בקר	מין: זכר	כתובת: יפתח תל אביב- יפו
טלפון: 03-9377011	גיל: 20	טלפון: 0508263484
פקס: 03-9222173		

סטטוס מטופל בשחרור

משתחרר לביתו במצב יציב לאחר שהוסברו הממצאים וההמלצות

רופא אחראי

רופא: דר' פאר לינור מ.ר. 130228

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' פאר לינור מ.ר. 130228

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום הפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב



המכתב הודפס על ידי דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

חסידי אישיו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים מלווים

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל :	רשיון:
דר' פאר לינור	130228

חתימה דיגיטלית:

תאריך: 25/03/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **מנשה מאור**
ת.לידה: 31/10/2004
מס בית: 4
ישוב: **תל אביב**
טלפון: 50-8263484
מס זהות: **00214977670**
גיל: 20.04 מין: ז
רחוב: **יפתח**
טלפון נוסף: 50-7263484

סוג תאונה 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה 04/03/2025

שלום רב,

תאריך הביקור: 25/03/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: כאבים בגב תחתון וצוואר לאחר תאונת דרכים מ-4.3.25

בדיקה גופנית:

הליכה חופשית
ע"ש צווארי ללא סמני חבלה ללא דיפורמציה רגישות פראורטברלאית במישוש
הגבלה בתנועות עקב כאבים
ע"ש מותני ללא סמני חבלה רגישות במישוש פראספינאלית הגבלה בתנועות
עקב כאבים
אין חוסר עצבי בגפיים

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	P	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
PD	1	ר	N	יחידה	10	10	D	1	טבליות	TAB	1	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG
PD	1	ר	N	יחידה	10	10	D	1	קפלויות	CPL	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי צורך

מעקב רופא מטפל

בכל החמרה במצב לפנות לבדיקת רופא זמין

ברכה,

ד"ר דוריר כנאענה
שם הרופא
מס' רשיון 148834
חתימה וחותמת הרופא
נחתם דיגיטלית**

תאריך: 20/03/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		מנשה מאור		מס זהות: 00214977670		גיל: 20.04		מין: ז	
ת.לידה: 31/10/2004		ישוב: תל אביב -		רחוב: יפתח		טלפון מסר: 50 - 7263484		מס בית: 4		טלפון: 50 - 8263484	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 04/03/2025
 שעת תאונה: 08:30
 אבחנות:

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/וה לא בעבודה אחרת

מיום 04/03/2025	עד יום 20/03/2025	(בכלל)	סה"כ 17 ימים
20/03/2025	20/03/2025		

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

יד אליהו - תל אביב

ויקטור רדוביץ "נחתם דיגיטלית"

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו
 תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך 24/08/2025

סיכום טיפול

פרטי המטופל		מנשה מאור	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	50-8263484	20.09	31/10/2004
תל אביב - י	יפתח	4	50
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250506284 מספר זיהוי הפניה: 33052033239

תאריך הפניה: 08/05/2025

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ויקטור רדוביץ

מרפאה: 3052

מקצוע: רופא כללי

רשיון רופא: 161075

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	8470	WHIPLASH INJURY

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 09/06/2025 תאריך סיום טיפול: 24/08/2025

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 10

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
9	שיקום מרחוק

סיבת סיום טיפול:

דף 1 מ 2

24/08/2025

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י אייל אנקור 00-21497767-0

סיכום טיפול

מנשה מאור

גב תחתון	איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
		מרכז	7	5

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: לאחר ת"ד רוכב אופנוע בכביש מהיר במהירות גבוהה נחבל בכל חלקי גופו, סבל מכאבים משמעותיים בעמ"ש בעיקר בגב תחתון היום לאחר 10 טיפולי פיזיותרפיה ובנוסף שיקום מרחוק באפליקצית WIZECARE חלה הטבה חלקית, עדין כאוב בגב תחתון, מתקשה מאמצים פיזיים, מתעייף יותר מהר מלפני התאונה, הונחה להמשיך תרגול וחיזוק שרירי הגב כפי שלמד בסדרת הטיפולים.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
03/08/2025
27/07/2025
21/07/2025
13/07/2025
06/07/2025
02/07/2025
25/06/2025
18/06/2025
09/06/2025
24/08/2025

מכון אייל אנקור
מ.ר. 10156546
פיזיותרפיסט
מכון פיזיותרפיה המצוינת
חתימה

10156546

מספר רשיון

אייל אנקור

שם מטפל



דף 2 מ 2
24/08/2025

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י אייל אנקור 00-21497767-0

סיכום טיפול
מנשה מאור

תאריך: 01/07/2025

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור	מס זהות:	00214977670
ת.לידה:	31/10/2004	ישוב:	תל אביב -
מס בית:	4	טלפון:	50 - 8263484
		רחוב:	יפתח
		טלפון נוסף:	50 - 7263484
		גיל:	20.08 מין: ז

מיועד ל- ביטוח לאומי

נרשם	על סמך בדיקת רופא והרשום בתיק	ד"ר וויקטור רדוביץ	בתאריך	01/07/2025
משקל	68 kg	גובה	173 cm	03/06/2025
מעשן	לא	bmi	22.72	
		לחץ דם	112/66	03/06/2025 .B.P

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses	ת.גילוי	אפיין	בעיה
FOLIC ACID DEFICIENCY	04/10/2021		
ATOPIC DERMATITIS	01/01/2010		
ROAD ACCIDENT	11/03/2025		

Past Diagnoses

ת. סיום	ת. גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2010	00/02/2006		VARICELLA
01/01/2012	00/12/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/01/2010	00/07/2006		STRIDOR
01/01/2019	00/10/2012	MILD	FERRITIN DEFICIENCY

Medications

תרופות קבועות	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	קפליות	1	ROKACET PLUS CAP (D) CF
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID (SAM-ON) TAB 5MG 5mg

נחתם דיגיטלית

161075

ד"ר וויקטור רדוביץ

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.
קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמינות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופוס/ו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 01/07/2025

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור	מס זהות:	00214977670	גיל:	20.08	מין:	ז
ת.לידה:	31/10/2004	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	יפתח	טלפון נוסף:	50 - 7263484		
מס בית:	4	טלפון:	50 - 8263484						

מיועד ל- ביטוח לאומי

נרשם	על סמך בדיקת רופא והרשום בתיק	ד"ר וויקטור רדוביץ	בתאריך	01/07/2025
משקל	68 kg	גובה	173 cm	03/06/2025
מעשן	לא	bmi	22.72	

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses	ת.גילוי	אפיין	בעיה
FOLIC ACID DEFICIENCY	04/10/2021		
ATOPIC DERMATITIS	01/01/2010		
ROAD ACCIDENT	11/03/2025		

Past Diagnoses

ת. סיום	ת. גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2010	00/02/2006		VARICELLA
01/01/2012	00/12/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/01/2010	00/07/2006		STRIDOR
01/01/2019	00/10/2012	MILD	FERRITIN DEFICIENCY

Medications

תרופות קבועות	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	קפליות	1	ROKACET PLUS CAP (D) CF
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID (SAM-ON) TAB 5MG

נחתם דיגיטלית

161075

ד"ר וויקטור רדוביץ

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.
קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמינות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופוס/ו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

עמוד 1 מתוך 1

28/09/2025	ת. ביצוע:	21497767-0	ת"ז:	מאור מנשה	נבדק:
02/10/2025	אישור פענוח:	20 שנים	גיל:	31/10/2004	תאריך לידה:
02/10/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז תל אביב יפו, (20000)	מוסד מפנה:
				מרפאת אזורי חן, (22150)	גורם מפנה:
				ירון צרפתי, (82511)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי

—

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצוע:

צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 28/09/2025 09:28 מ.ג.: 1025002645534 מבצע: ליוזמילה שריימן;
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;

ממצאים:

אין לשלול **שבר בעצם העצה-ראה** צילום לטרלי(ייתכן שבר ישן)
שינויים דיסקוגניים מינימליים במעבר גבי-מותני



אין לזהות תמט גופי חוליות

להמשך מעקב אורתופדי

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

2/10/2025 13:48

מספר רשיון: 27366

אושרר ע"י: ד"ר רומן גינדיס

28/10/2025
20:54

לכבוד
ד"ר צרפתי ירון, כללית

הנדון: מאור מנשה ת.ז. 214977670
הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 28/10/2025

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני:
סיבת ההפנייה: במסגרת בירור כאבים בגב תחתון.

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

מנח חוליות - שמור.
ללא עדות לתמטים.
ללא עדות לתזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרא או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:
גובה L1-L2 : בגדר הנורמה.
גובה L2-L3 : בגדר הנורמה.
גובה L3-L4 : בגדר הנורמה.
גובה L4-L5 : בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמות השק התקאלי, ללא היצרות משמעותית של התעלה.
גובה L5-S1 : בגדר הנורמה.

לסיכום:

שינויים דיסקליים כמתואר.

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר שרקי אליה מ.ר. 146282
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 145788

הוקלד ע"י: אליה שרקי

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

הודפס מאתר כללית ב-09.11.2025 בשעה 10:20 בעבור מאור מנשה. תעודת זהות: 214977670.

הנדון: מאור מנשה ת.ז. 214977670, בדיקה מתאריך: 28/10/2025

סיכום ביקור

תאריך: 14/09/2025

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור
ת.ל.ידה:	31/10/2004
מס בית:	4
מס זהות:	00214977670
רחוב:	יפתח
טלפון נוסף:	50-7263484
גיל:	20.10
מין:	ז

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה: 04/03/2025

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/09/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 25/03/2025:
כאבים בגב תחתון וצוואר לאחר תאונת דרכים מ-4.3.25
14/09/2025: לדבריו עדיין סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון, כמו כן מתלונן על
כאבים בכפות רגליים מזה כחודש וחצי

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 25/03/2025

הליכה חופשית
ע"ש צווארי ללא סמני חבלה ללא דיפורמציה רגישות פראורטברלית במישוש
הגבלה בתנועות עקב כאבים
ע"ש מותני ללא סמני חבלה רגישות במישוש פראספינאלית הגבלה בתנועות
עקב כאבים
אין חוסר עצבי בגפיים
14/09/2025: גפיים ללא חסר נירוסקולרי, כח גס שמור ניטב, לא ניכרים סימנים
רדיקולריים מובהקים או חולשה דיסטאלית, גב צוואר מלין על הגבלה.

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
7295		PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78183-צילום עמוד שדרה מותנ	H3	הודפס

סיכום והמלצות: המשך מעקב רופא משפחה

צילום
רפואה משלימה
פעילות כפי יכולתו ועל פי סף כאב
בקורת חוזרת כאן לאחר מכן או על פי הצורך
משככי כאב לפי הצורך
מנוחה בעת כאב
בכל החמרה או שאלה נא לפנות לבדיקת רופא חוזרת
נא להמנע מהרמת משאות כבדים או משיבה ממושכת

בברכה,

שם הרופא	ד"ר (רופא) ירון צרפתי	82511	"נחתם דיגיטלית"
מס' רשיון	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא	

תאריך: 26/10/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור
ת.לידה:	31/10/2004
מס בית:	4
מס זהות:	00214977670
גיל:	21.00 מין ז
רחוב:	יפתח
טלפון נוסף:	50- 7263484
שוב:	תל אביב - 50- 8263484

תאריך תאונה: 04/03/2025

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/10/2025

תאריך תאונה: 04/03/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/09/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/03/2025

כאבים בגב תחתון וצוואר לאחר תאונת דרכים מ-4.3.25

14/09/2025: לדבריו עדיין סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון, כמו כן מתלונן על

כאבים בכפות רגליים מזה כחודש וחצי

26/10/2025: הגיע לביקורת אחרי צילום

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 14/09/2025

בדיקה גופנית מתאריך 25/03/2025

הליכה חופשית
ע"ש צווארי ללא סמני חבלה ללא דיפורמציה רגישות פראורטברלאית במישוש
הגבלה בתנועות עקב כאבים
ע"ש מותני ללא סמני חבלה רגישות במישוש פראספינאלית הגבלה בתנועות
עקב כאבים

אין חוסר עצבי בגפיים
14/09/2025: גפיים ללא חסר נירוסקולרי, כח גס שמור ניטב, לא ניכרים סימנים
רדיקולריים מובהקים או חולשה דיסטאלית, גב צוואר מלין על הגבלה.
26/10/2025: עדיין לדבריו סובל מכאבים

צילום עמ"ש ללא עדות לנזק גרמי טרי, בפענוח הועלה חשד לשבר ישן בעצם
העצה, לא חד משמעי / ישן? שינויים דיסדוגניים קלים

תוצאות הדמייה:

קוד	אבחנה	איפיון
8470	WHIPLASH INJURY	
7231	CERVICALGIA	
7242	LOW BACK PAIN	
7295	PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS	

קוד	פרטי ההפניה	הפניות
H3	CT עמוד שדרה מו	78073-ט.מ.
הודפס	סטטוס	הפניה לדימות

סיכום והמלצות: המשך מעקב רופא משפחה

CT עמ"ש מותני + סקרום
רפואה משלימה
בקורת חוזרת כאן לאחר מכן או על פי הצורך עם פענוח כתוב
משככי כאב לפי הצורך
מנוחה בעת כאב
בכל החמרה או שאלה נא לפנות לבדיקת רופא חוזרת
נא להמנע מהרמת משאות כבדים או משיבה ממושכת

"נחתם דיגיטלית"

82511

בברכה,

ד"ר (רופא) ירון צרפתי

דף 1

המס- 26- ל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

26/10/2025

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ירון צרפתי

00214977670

הודפס

תאריך: 26/10/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור	ת.ל.ידה:	31/10/2004	מס בית:	4
מספר רשיון:	תז נבדק:	0214977670	מספר הפניה:	035812089748	גורם שולח:	5812
מספר רשיון:	תז נבדק:	082511	מספר הפניה:	035812089748	גורם שולח:	5812

04/03/2025

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

35812089748

מספר הפניה ישירה:

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמ"ש מותני + סקראלי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/09/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/03/2025

כאבים בגב תחתון וצוואר לאחר תאונת דרכים מ-4.3.25

14/09/2025: לדבריו עדיין סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון, כמו כן מתלונן על

כאבים בכפות רגליים מזה כחודש וחצי

26/10/2025: הגיע לבקורת אחרי צילום

בדיקה גופנית מתאריך 14/09/2025

בדיקה גופנית מתאריך 25/03/2025

ממצאים עיקריים

הליכה חופשית
ע"ש צווארי ללא סמני חבלה ללא דיפורמציה רגישות פראורטברלאית במישוש
הגבלה בתנועות עקב כאבים
ע"ש מותני ללא סמני חבלה רגישות במישוש פראספינאלית הגבלה בתנועות
עקב כאבים
אין חוסר עצבי בגפיים
14/09/2025: גפיים ללא חסר נוירוסקולרי, כח גס שמור ניטב, לא ניכרים סימנים
רדיקולריים מובהקים או חולשה דיסטאלית, גב צוואר מלין על הגבלה,
26/10/2025: עדיין לדבריו סובל מכאבים

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
7295		PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

בעיות פעילות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

26/10/2025

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ירון צרפתי

0214977670 - 27 -

הפניה לדימות

מנשה מאור

איפיון	בעיה
	FOLIC ACID DEFICIENCY
	ATOPIC DERMATITIS
	ROAD ACCIDENT

מגילוי	איפיון	בעיה
01/02/2006		VARICELLA
01/12/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/07/2006		STRIDOR
01/10/2012	MILD	FERRITIN DEFICIENCY

CREATININE: 1.01 מתאריך 03/06/2025

****נחתם דיגיטלית****

82511

ד"ר (רופא) ירון צרפתי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



נספח 3 :

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****מאור מנשה - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול**

התובע, מאור מנשה, 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 המרכז הרפואי "בלינסון" ובמסגרת קופת החולים כללית.

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 32 עד 34)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ש"ר מנשה,
 ת.ז. מס' 214973670, מרחוב סמ"ת / ארז ים,
 ממנה 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 3 שנה 2025

חתימה: X 

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
מלך	אלון	214977670	
יפתח	מס'	מיקוד	טלפון
רחוב	4	673/410	050826484

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 25/3/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254 חתימה: X _____