

תאריך חתימת המסמך 22.11.25

התובעת:

קורל חזן, ת"ז 315118364
הוותיקים 48, מושב פורת
טלפון: 055666023

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

– נ ג ד –

הנתבעת:

ליברה חברה לביטוח בע"מ
מרחוב הרוקמים 26, חולון
טל': 073-3949222; פקס: 073-3949229
דוא"ל: libra@lbr.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"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 17/1/1999, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 25-496-71 (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.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי השתכרות.
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 16/9/24, היה הרכב אשר נהוג על ידי התובעת מעורב בתאונה והתובעת נחבלה בגופה (להלן: "התאונה").
- רצ"ב תעודת חובה ותמונה ממקום התאונה, מסומנות "כנספח 1".
8. אחר התאונה פנתה התובעת לבית, שהיא כאובה וסובלת מהגבלה בתנועות הצוואר והגב, בתקווה כי המדובר הוא בכאבים אשר יחלפו במנוחה ונטילת משככי כאבים, למחרת היום, משלא חלפו הכאבים וההגבלה בטווחי התנועות, אלא החמירו, פנתה לקבלת טיפול רפואי במסגרת קופת החולים, בעקבות הכאבים והרגישות, היא הופנתה לבדיקות דימות, מעקב אצל אורתופד, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובעת המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בטווחי תנועות הצוואר והגב תחתון, פנתה לקבלת טיפול אצל אורתופד מומחה, אשר הפנה לטיפול פיזיותרפיה והמשך מעקב.
10. התובעת ביצעה במסגרת הקהילה סדרת טיפולי פיזיותרפיה, אשר הטיבו במעט כאבי הצוואר והגב, אך היא נותרה עם הגבלה בטווחי התנועות.

11. במקביל לטיפול הרפואי, ביצעה התובעת מעקב וטיפול במסגרת טיפולית אינטנסיבית, ספורטרפיסטית הקבוצה טיפלה בה פעמים רבות באמצעות עיסויים לשיפור טווחים, הורדת כאב והחזרת הגמישות.

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

12. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מכאבי ראש, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

13. התובעת, ספורטאית ושחקנית כדורגל מקצוענית, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות באימונים ובמשחק, נגרמו לה הפסדי שכר ועתידה כשחקנית כדורגל מוטל בספק.

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

15. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

17. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 72,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 12,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 9,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 5,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

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



אשר על כן, מתבקש כבי' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובעת 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 התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה ותמונות (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 17)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 19 עד 19)	19
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 21 עד 23)	21



נספח 1 :

תעודת חובה ותמונות

(עמודים 7 עד 8)



LIBRA

תעודת ביטוח חובה מספר 4652199

לפי סקודת ביטוח רכב מנועי (נספח חדש), התשי"ז-טלז (להלן: "סקודת הביטוח") תעודה זו מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסה מס' 139104632624

תשומת ליבך

מסירת תשובה שאינה מלאה אנו טרם כריכת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקטין למכשול זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, במפורש בסעיף 9 לפוליסה

מס' תעודת הזהות	שם בעל הפוליסה	כתובת בעל הפוליסה
315118364	קורל חזן	פורת, פורת 1
מספר הרישוי של הרכב	הרכב המבוסס - שם היצרן והדגם	סוג הרכב (בהתאם להגדרתו ברישוי הרכב)
2549671	מאזדה 2 אקטיב (1498) אוטו'	פרטי
נמח מנוע	שנת ייצור	משקל הרכב
1498	2010	1495

סוג הרכב לעורך ביטוח פרטי

בהתאם לסיווג שקבע מפעיל מאגר הרישוי, כהגדרתו בתקנות ביטוח רכב מנועי התשי"ז 2004 (הקמה וניהול של מאגר רישוי)

שולם

באמצעות בנק מזרחי
חש"י 461-649868

20/08/2024 11:34

אנו מאשרים בזה כי
הפוליסה שתעודה זו שייכת לה
הנזכרת לפי הוראות סקודת הביטוחאתי אלישקוב
לצד חברה לביטוח בע"מ

מועד תחילת הביטוח - המועד בו התחלתו תעודה זו, 2024, אך לא לפני

סקידת הביטוח

31/08/2025

תחילת הביטוח

20/08/2024

שולם באמצעות

כרטיס אשראי

תאריך ושעת הוצאת התעודה

20/08/2024 11:34

סכום דמי ביטוח

2,208 ₪

הרחבות לגבי הכיסוי, הפיקאים וחבילות

אין

המורשים להחזר ברכב

כמפורט מטה

מטרות השימוש המותרות ברכב

כמפורט מטה

המידע המופיע בתעודה זו הינו מידע שנמסר לנו על ידך בעת עריכת הביטוח, והמהווה בסיס לחוזה הביטוח שנכרת בין הצדדים. בנוסף למידע המפורט בתעודת החובה לעיל החברה התבססה על מידע נוסף שנמסר על ידך, כמפורט להלן:

ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW)	כן	גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב ("גיל" משמע גיל ביום ההולדת האחרון)	25	מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	0
ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW)	כן	מין האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא	נקבה	מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	0
		שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג	2021		

מטרות השימוש המותרות

א חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קורות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לאחת או יותר ממטרות אלה:

- מטרות חברתיות, מטרות עסקיות של המבטח, שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 לתקנות התעבורה, אלא אם צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
- מטרה עסקית של השעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, אלא אם צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
- מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, אלא אם צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

ב על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשתכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג-פעמולי או חוזה מקב-אנג-שכירות (ליסינג מימולי).

ג על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בגלי תחרותי, שניתן עליו רישיון כלי תחרותי, למעט שימוש בגלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשי"ז-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצן כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחרותי", "נהיגה ספורטיבית" ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחרותי" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

בני האדם המורשים לנהוג ברכב

א רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדף וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב, בכפוף לקיום תנאי סעיף 8 לפוליסה.

ב נהג ברכב מי שאיננו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, כשנרשם בתעודת הביטוח לפי פוליסה זו.



מוסד טבעון בע"מ כחחות וצבע בתנור טל: 04-9534413

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 17)



תאריך: 17/09/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



0025420100



034832



קוד הפניה: 397080595

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חזן	שם פרטי: קורל
ת.ז.: 315118364	טל.עבודה/נייד: 0556667023
ת.לידה: 17/01/1999	טלפון: 097962075
כתובת: הותיקים 48, פורת	מיקוד: 4582000

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
2040	עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: לאחר whip lash injury

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: אתמול בנהיגה ללימודים בוינגייט בכביש החוף תאונת דרכים רכב נכנס בה מאחור לא נחבלה מהגה/חגורת בטיחות אך חשה תנועה חזקה לפנים ולאחור כעת צוואר וראש כואבים וגב תחתון תנועתיות תקינה

ממצאים: תנועות צוואר מלאות אך איטיות כאובות רגישות מעל שרירי צוואר חגורת כתפיים גב תחתון ללא רגישות נקודתית מעל חוליות

אבחנה: • MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

בעיות ידועות: • FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/09/2024 עד תאריך - 16/03/2025

17/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



0025420100



034832



קוד הפניה: 397080595

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:



0315118364

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
2040	עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: לאחר whip lash injury

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: אתמול בנהיגה ללימודים בוינגייט בכביש החוף תאונת דרכים רכב נכנס בה מאחור לא נחבלה מהגה/חגורת בטיחות אך חשה תנועה חזקה לפניו ולאחור כעת צוואר וראש כואבים וגב תחתון תנועות תקינה

ממצאים: תנועות צוואר מלאות אך איטיות כאובות רגישות מעל שרירי צוואר חגורת כתפיים גב תחתון ללא רגישות נקודתית מעל חוליות

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנה:

• FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

בעיות ידועות:

לא

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/09/2024 עד תאריך - 16/03/2025

17/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 13/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



020987



קוד הפניה: 400799940

טלפון: 09-8869800

פקס: 03-7178359

כתובת: שד יצחק רבין צורן 38, צורן (מרכז מסחרי רוטשטיין)

ד"ר לאנה גיל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חזן	שם פרטי: קורל	ת.ז.: 315118364
ת.לידה: 17/01/1999	מין: נ	טלפון: 097962075	טל.עבודה/נייד: 0556667023
כתובת: הותיקים 48, פורת	מיקוד: 4582000		



0315118364

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ת.ד. לפני 3 שבועות
רכב פגע ברכבה מאחור
מתלונת על מיגרנות, כאבי צוואר וגב תחתון.
נבדקה בקופ"ח

ממצאים: תנועות צוואר שמורות
ללא קיפוח NV
לסג שלילי
כוח גס שמור
תחושה תקינה
פרקי ירכיים חופשיים

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- BACK PAIN

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
- KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

בעיות ידועות:

- TARDYFERON 80MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לע"ש צווארי ומותני

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/10/2024 עד תאריך - 11/04/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

13/10/2024

תאריך

ד"ר לאנה גיל
מנהל מועצה
16560
חתימה נאותמת

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: 13/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



020987



ד"ר לאנה גיל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 09-8869800

פקס: 03-7178359

כתובת: שד יצחק רבין צורן 38, צורן (מרכז מסחרי רוטשטיין)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חזן	שם פרטי: קורל	ת.ז.: 315118364
ת.לדה: 17/01/1999	מ.י.נ: 097962075	טלפון: 0556667023	טל.עבודה/נייד: 4582000
הותיקים 48, פורת	כתובת:	מיקוד 4582000	

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר אילת לוי

בבדיקה שנעשתה ב: 13/10/2024

עקב: ת.ד. לפני 3 שבועות
רכב פגע ברכבה מאחור
מתלונת על מיגרנות, כאבי צוואר וגב תחתון.
נבדקה בקופ"ח

ממצאים: תנועות צוואר שמורות
ללא קיפוח NV
לסג שלילי
כוח גס שמור
תחושה תקינה
פרקי ירכיים חופשיים
צילום צוואר תקין

- WHIPLASH INJURY
- BACK PAIN

אבחנה:

סיכום והמלצות: מופנת ל PT. לעניין כאבי ראש ממליץ להפנותה לנירולוג

13/10/2024

תאריך

ד"ר לאנה גיל
כירורגיה אורתופדית
התמחויות: כירורגיה אורתופדית
מ.ר. מ. (30)

סיכום טיפול – קורל חזן ת.ז. 315118364

שמי לי הנס, אני ספורטטרפיסטית הפועל ת"א נשים בכדורגל ליגת על.

קורל חזן הינה שחקנית כדורגל בקבוצתי.

בתאריך 16.9.2024 בשעות הבוקר קורל עברה תאונת דרכים אשר השפיעה על אימוני הקבוצה.

בתאריך 17.09.2024 פגשתי את קורל להסתכלות ואבחנה ראשונית לטובת המשך טיפול. יש לציין כי קיבלה מחלה אך לאור כאביה בחרה להגיע לטיפול ראשוני אצלי.

קורל הגיעה אליי כאובה עם טווחי צוואר מוגבלים מעט וכאבים בגב התחתון. כטיפול ראשוני עשיתי לה עיסוי רפואי וטנס להורדת הכאב.

במשך שבועיים מרגע התאונה קורל לא התאמנה בקבוצה והייתה איתי בטיפולים. במהלך הטיפולים עבדנו על טווחי התנועה של הצוואר, הורדת כאב בגב התחתון והחזרת הגמישות.

לאחר מכן, התחלנו תרגילי חיזוק מינימליים וכעת חזרה להתאמן רגיל. בהתחלה הראתה קושי בהחזקת הצוואר בזמן הריצה.

יש לציין כי עד היום ישנם סממנים מהתאונה וקורל מגיעה פעם בשבוע לפחות להורדת הכאב באזור.

לפני כל אימון אני חובשת לה את הצוואר עם קניזיוטייפ שמקל על צווארה בתנועות החדות שיש בזמן אימון.

בברכה,

לי הנס

ספורטטרפיסטית





024931



קוד הפניה: 432279327

טלפון: 09-8868340

פקס: 076-8893181

כתובת: השקד 4, תל מונד (האופה 1 קדימה מול רולדין סנטר)

ד"ר קרסין אלישע

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 13/10/2024 בשעה 18:51:15

ת.ד. לפני 3 שבועות

רכב פגע ברכבה מאחור

מתלונת על מיגרנות, כאבי צוואר וגב תחתון.

נבדקה בקופ"ח

בביקור בתאריך 30/04/2025 בשעה 14:35:15

עדיין כאבי צוואר וגב

הקלה מועטה

ממצאים: בביקור בתאריך 13/10/2024 בשעה 18:51:15

תנועות צוואר שמורות

ללא קיפוח NV

לסג שלילי

כוח גס שמור

תחושה תקינה

פרקי ירכיים חופשיים

צילום צוואר תקין

בביקור בתאריך 30/04/2025 בשעה 14:35:15

ספורלינג שלילי אך כאב בהנעת הצוואר

כח גס שמור

תחושה והחזרים סימטריים

החזרים תקינים

ללא החזרים פתולוגיים

ללא דלדול שרירים או פסציקולציות

אבחנות:

- WHIPLASH INJURY
- BACK PAIN

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
- KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

בעיות ידועות:

- TARDYFERON 80MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

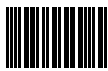
מעשית: לא

סיבת ההפניה: הידרותרפיה

תאריך: 30/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



024931



קוד הפניה: 432279327

טלפון: 09-8868340

פקס: 076-8893181

כתובת: השקד 4, תל מונד (האופה 1 קדימה מול רולדין סנטר)

ד"ר קרסין אלישע

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/04/2025 עד תאריך - 27/10/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

30/04/2025

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.



סיכום טיפול – קורל חזן ת.ז. 315118364

שמי לי הנס, אני ספורטטרפיסטית הפועל ת"א נשים בכדורגל ליגת על.

קורל חזן הינה שחקנית כדורגל בקבוצתי.

בתאריך 16.9.2024 בשעות הבוקר קורל עברה תאונת דרכים אשר השפיעה על אימוני הקבוצה.

בתאריך 17.09.2024 פגשתי את קורל להסתכלות ואבחנה ראשונית לטובת המשך טיפול. יש לציין כי קיבלה מחלה אך לאור כאביה בחרה להגיע לטיפול ראשוני אצלי.

קורל הגיעה אליי כאובה עם טווחי צוואר מוגבלים מעט וכאבים בגב התחתון. כטיפול ראשוני עשיתי לה עיסוי רפואי וטנס להורדת הכאב.

במשך שבועיים מרגע התאונה קורל לא התאמנה בקבוצה והייתה איתי בטיפולים. במהלך הטיפולים עבדנו על טווחי התנועה של הצוואר, הורדת כאב בגב התחתון והחזרת הגמישות.

לאחר מכן, התחלנו תרגילי חיזוק מינימליים וכעת חזרה להתאמן רגיל. בהתחלה הראתה קושי בהחזקת הצוואר בזמן הריצה.

יש לציין כי עד היום ישנם סממנים מהתאונה וקורל מגיעה פעם בשבוע לפחות להורדת הכאב באזור.

לפני כל אימון אני חובשת לה את הצוואר עם קניזיוטייפ שמקל על צווארה בתנועות החדות שיש בזמן אימון.

בברכה,

לי הנס

ספורטטרפיסטית



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 19 עד 19)



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

קורל חזן - נ ג ד - ליברה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, קורל חזן, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה 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 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 21 עד 23)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטן יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
	315111364	קרי	חל
טלפון	מיקוד	עיר	מס' רחוב
		ירוש	47

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 תחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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:	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: 1.11.28 עד לחתימה ומס' ת.ז. עובד אריאל ברגוביץ חתימה: X מס' רשיון: 52254

י פ ו י כ ח

דור 131
מס' 1311364

אני תח"מ, מרחוב מרת 49 סוויט, ת.ז. מס' 1311364, את עויד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי במשפט של נבד ממנה בזה בענין תאונת דרכים מיזם - מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל וחובע 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 חליך אחר הנוגע או הנובע מחליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח תזכורות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות ותובענות 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 הכת, 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 עויד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני דושם הקרקעות, במשרדי ספרי ארזוז, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה תמוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 חסמכויות שבו או חלק מהן לעמיד 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 ולחיפך.

ולראיה באדני על החתום

היום 1 לחודש 11 שנה 2022

חתימה: X הנ

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך דין~~
~~עורך דין~~