



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**באתר**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

ינואר 2026 19  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

**תאונה מיום 14/5/23**  
**הנפגע: משה אלון, ת.ז. 027750488**

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואיות שהוגשו  
במסגרת תביעת הנזיקין.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

רצ"ב יפוי כח ווס"ר

~~בכבוד רב ובב"ח,~~  
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~  
פרייברג רסקין עורכי דין



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

### הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

### חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✎ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✎ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

### לידיעתך!

- ✎ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונוך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✎ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.
- ✎ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✎ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון



סוג  
המסמך



דפים



## חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה**

**פרטי התובע**

1

|                            |  |                                                                          |  |
|----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| שם פרטי                    |  | שם משפחה                                                                 |  |
| נשה                        |  | אלון                                                                     |  |
| מספר זהות                  |  | מספר אישי בצה"ל                                                          |  |
| ס"ב<br>027750488           |  | עיסוק<br>שכיר <input type="checkbox"/>                                   |  |
| תאריך לידה                 |  | מתנדב <input checked="" type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> |  |
| 26031970<br>יום חודש שנה   |  | זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>    |  |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) |  |                                                                          |  |
| רחוב/תא דואר               |  | מס' בית                                                                  |  |
| 78101                      |  | 9                                                                        |  |
| דירה                       |  | כניסה                                                                    |  |
| 78101                      |  | 78101                                                                    |  |
| מיקוד                      |  | יישוב                                                                    |  |
| 78101                      |  | 78101                                                                    |  |
| טלפון קווי                 |  | טלפון נייד                                                               |  |
| 0778832368                 |  | 0525786759                                                               |  |
| דואר אלקטרוני:             |  |                                                                          |  |
| @                          |  |                                                                          |  |

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

| שם פרטי של איש קשר | שם משפחה של איש קשר | מס' זהות של איש קשר<br>ס"ב |
|--------------------|---------------------|----------------------------|
|                    |                     |                            |

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

|              |         |       |      |       |       |
|--------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב/תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|              |         |       |      |       |       |

## פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה

|     |   |      |   |     |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 1   | 4 | 0    | 5 | 2   | 0 | 2 | 3 |
| יום |   | חודש |   | שנה |   |   |   |

פרטים על הפגיעה

מזיג מדגם, אסמקה, זכר, 143 (ק"ג נפ"ה 8), 28 ימי תאליס פרכים, 22

חתימת זכר

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

|                                                    |  |  |  |  |  |         |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------|
| שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות |  |  |  |  |  | טלפון   |
| רחוב/תא דואר                                       |  |  |  |  |  | מס' בית |
| מס' כניסה                                          |  |  |  |  |  | דירה    |
| יישוב                                              |  |  |  |  |  | מיקוד   |

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

- ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת  
☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי  
☐ משטרה ☐ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

|              |         |       |       |
|--------------|---------|-------|-------|
| רחוב/תא דואר | מס' בית | יישוב | מיקוד |
|--------------|---------|-------|-------|

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט שמי "אסף החול", צריס"ן שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☒ כן, פרט שמי "אסף החול" וצריס"ן

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח \_\_\_\_\_

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

| שם הרופא          | תחום מומחיות       | כתובת המרפאה         |
|-------------------|--------------------|----------------------|
| פרופ' אילן שטיינר | אורתופדיה          | מנחם דגין 56 תל אביב |
| ד"ר ששה חיימוביץ  | אלקטרו-סטרקטור     | המחלקה 6, רמלה       |
| ד"ר אילן הנקלר    | כירורגיה אורטופדית | סניף המרכז 18, מפק"א |
| פרופ' אילן גזעין  | כירורגיה אורטופדית | המחלקה 18, רמלה      |

י"ג

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

| המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת | המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל         |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 737                                        | ידיים שייפה וטלפון                      |
| 737                                        | כאבי צוואר עם הקינה / שרירים וזרועות    |
|                                            | כאבי גב תחתון עם הקינה / זרועות ורגליים |
|                                            | האזנה מוטורית וסימנים הציגה             |

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שפגעו שצינו על ידך לעיל?  
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך  
 אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.  
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_

מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☒ כן - ציין את שם הנתבע משרד חברה אגודת

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר \_\_\_\_\_

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מ"צגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון  
03-7412358

כתובת

אזכא ה"א, רמת גן

שם גורם מסייע

מר ז'אן אריאל סר"ר

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מר אלון

| שם הבנק | שם הסניף/כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|---------|-----------------|----------|------------|
| זימקנס  | 125             | 125      | 184324310  |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של משכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ 21.1.26 חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך \_\_\_\_\_ 20.1.26 חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



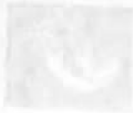
כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

| פרטים אישיים                                                                                                                                                                            |                              |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| קוד גמלה<br>11                                                                                                                                                                          | מספר זהות/דרכון<br>027750488 | תאריך הפגיעה<br>שנה: 2023 חודש: 5 יום: 14 |
| שם משפחה<br>אלון                                                                                                                                                                        | שם פרטי<br>נעה               |                                           |
| חבר בקופת חולים<br><input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                              |                                           |

| הצהרה                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p>תאריך: 20.1.26 חתימת המבוטח: </p> |





רפואת  
העם

\*\*\*סודי רפואי\*\*\*  
המשך מכתב: 27750488 משה אלון

המנהל הכללי של הרשות  
לבריאות העם

שם החותם  
ד"ר סטפנסקי אלברט מ.ר. 34732

תפקיד  
רופא/ה בכיר/ה

חתימת רופא  
זמן חתימה  
14/05/2023 09:57



המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

המנהל הכללי של הרשות

המנהל הכללי של הרשות

המנהל הכללי של הרשות

| שם | מספר | תאריך | מספר | שם | מספר |
|----|------|-------|------|----|------|
| 1  | 2    | 3     | 4    | 5  | 6    |

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

המנהל הכללי של הרשות

| שם | מספר | תאריך | מספר | שם | מספר |
|----|------|-------|------|----|------|
| 1  | 2    | 3     | 4    | 5  | 6    |

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

לבריאות העם

המנהל הכללי של הרשות

המנהל הכללי של הרשות

תאריך: 17/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028399

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

דר' דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

טלפון: 0778832368

מין: ז

ת.לידה: 26/03/1970



מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

0027750488

התייעצות מומחה

- במכבי

אף אוזן גרון

תחום שירות:

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: תד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

יש כאב ראש וטנטון

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS

מעשנת/ לא

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (\*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על חוות דעתך

\*\* 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 - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 17/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאספה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (\*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBSESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

17/05/2023

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 מידע רפואי

לכבוד:

תאריך: 30/05/2023  
ת.ז: 27750488  
מין: זכר ○ נקבה ●

אלון משה  
53.2

שם מטופל:  
גיל:

בן 53  
בתאריך 14.5.2023 עבר תאונת דרכים, מנגנון אחורי וקדמי.  
פונה למיזן בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר צילומים.  
מלין מכאבים צוואריים הולכים ומחמירים, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמ"ש  
צווארי וחגורת הכתפיים.  
בנוסף כאבים בעמ"ש מותני וחגורת המתניים, הגבלה בתנועות בעיקר כיפוף  
קדמי.

תלונה עיקרית:

מחלה נוכחית:  
מחלות או ניתוחים בעבר:  
תחפו:

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם  
הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי על חשבון רוטציות כ-30 מעלות לכל כיוון מלווה  
בכאבים בסוף תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף תנועה.  
רגישות פראספינאלית דו"צ.

הגבלה בתנועות עמ"ש מותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים  
לירך מקורבת מלווה בכאבים והחמרת הכאב בזמן אקסטנציה של עמ"ש מותני.  
הגבלה בתנועות רוטטוריות של עמ"ש

בדיקה:

ידיים ורגליים- כח גס תקין ללא קיפוח עצבי  
ללא ערות החזרים או החזרים פתולוגיים

בדיקות עזר:

צילום-  
מיפוי-  
CT  
MRI  
U-S  
E.M.G

BACK PAIN  
CERVICALGIA  
MVA INJURY  
WHIPLASH INJURY

אבחנה:

פיזיותרפיה לחיזוק שרירים, שיפור טווחי תנועה, עבודה נוירודינמית לידיים  
ולרגליים  
רפואה משלימה- דיקור, שיאצו, טוינה  
משככי כאבים לפי הצורך  
מנוחה

המלצות:

הערות:

ד"ר אייל הנדלר

מומחה לכירורגיה אורטופדית  
מ.ר. 1120667-1 מ.ר.מ. 1-39753



קוד הפניה: 026



טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידין 37 מודיעין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

### מכון שמיעה

תלונות: כחודש לאחר תאונת דרכים מבזמן עבודה, חבלה מסוג WHIPLASH

חש כאבי אוזניים, ציפופים

שולל סחרחורות, היו בהתחלה מייד לאחר התאונה

ממצאים: נוקה צרומן, תופייות תקינות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS Bi-Lateral

בעיות ידועות:

FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (\*) אבא נפטר בגיל 62

ASTHMA (12/2017)

OBESITY (30 <= BMI < 35) (09/2004)

| הבדיקה הדרושה |                       |
|---------------|-----------------------|
| 92557         | בדיקת שמיעה מעל גיל 5 |

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

28/06/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: \*3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

תאריך: 18/09/2023

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר  
דיגיטלית  
מכבי

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

ת.ן אורתופדיה ילדים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אלון

שם פרטי: משה



ת.לידה: 26/03/1970

מ.י.ן: ז

טלפון: 0778832368

ת.ז.: 27750488

טל.עבודה/נייד: 0525786759

מיקוד: 7171415

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

### תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר יניב דן

בבדיקה שנעשתה ב: 18/09/2023

עקב: תאונת דרכים במנגנון שרשרת ב-14.5.2023, במסגרת העבודה. מאז כאבים בצוואר עם קרינה לכתף ימין. נימול בידיים בלילות לעתים.

ממצאים: הליכה תקינה. הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גדיים תקינים ושווים.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

סיכום והמלצות: הפניה לפיזיותרפיה הפניה לצילומים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

18/09/2023

תאריך

פרופ' אורי גבעון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
ואורתופדיה של ילדים  
מ.ר 144017210

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 17/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5  
תאונת שרשרת  
פנה לאסה"ר  
נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (\*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBSESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

17/05/2023

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.

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין, רח' תלתן 8, טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.  
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00, ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

| טיפול               | רופא/מטפל | שעה   | יום | תאריך      | מרפאה   | #  |
|---------------------|-----------|-------|-----|------------|---------|----|
| טווינא              | כהן יתיר  | 17:00 | ד   | 15/11/2023 | מודיעין | 1  |
| טווינא              | כהן יתיר  | 17:20 | ד   | 15/11/2023 | מודיעין | 2  |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:30 | ה   | 16/11/2023 | מודיעין | 3  |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 23/11/2023 | מודיעין | 4  |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:20 | ה   | 23/11/2023 | מודיעין | 5  |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:40 | ה   | 23/11/2023 | מודיעין | 6  |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 30/11/2023 | מודיעין | 7  |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:20 | ה   | 30/11/2023 | מודיעין | 8  |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:40 | ה   | 30/11/2023 | מודיעין | 9  |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 07/12/2023 | מודיעין | 10 |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:20 | ה   | 07/12/2023 | מודיעין | 11 |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:40 | ה   | 07/12/2023 | מודיעין | 12 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 14/12/2023 | מודיעין | 13 |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:20 | ה   | 14/12/2023 | מודיעין | 14 |
| טווינא              | כהן יתיר  | 19:40 | ה   | 14/12/2023 | מודיעין | 15 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 21/12/2023 | מודיעין | 16 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 28/12/2023 | מודיעין | 17 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:30 | ה   | 04/01/2024 | מודיעין | 18 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:50 | ה   | 11/01/2024 | מודיעין | 19 |
| דיקור (אקופונקטורה) | בן אורן   | 18:40 | ה   | 18/01/2024 | מודיעין | 20 |

דיקור (אקופונקטורה): 10, טווינא: 10

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול,
- יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,

צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי [www.maccabitivi.co.il](http://www.maccabitivi.co.il)

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קבלה 2101300104025 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדיעין: מרפאה  
תאריך: 12/11/2023  
עבור: אלון משה, ת"ז: 27750488, ח.פ.: , כתובת: תפוח 3, מודיעין  
הערות: 10 דיקור 10 טווינא 1 יעוץ  
מקושר ל:  
סוג:

| סכום       | כרטיס | סוג עסקה   | חברת אשראי | סוג תשלום |
|------------|-------|------------|------------|-----------|
| 1,022.00 ₪ | 1732* | תשלומים(3) | ויזה כ.א.ל | אשראי     |

סה"כ: 1,022.00 ₪

מספר שובר: 04003016, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכויות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנו המבצע.
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה. הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה:

מכבי טבעי  
מרפאת מודיעין  
מכבים רעות  
טל': 08-9737800

הופק על ידי: ואן ראלט רות 12/11/2023 19:16



# טפקטור - מכון שמיעה וזיכור

בהנהלת דורית ספקטור - קלינאית תקשורת M. A.

מרכז רננים, קומה ב' מכבים טל: 08-9266620 פקס: 08-9262142

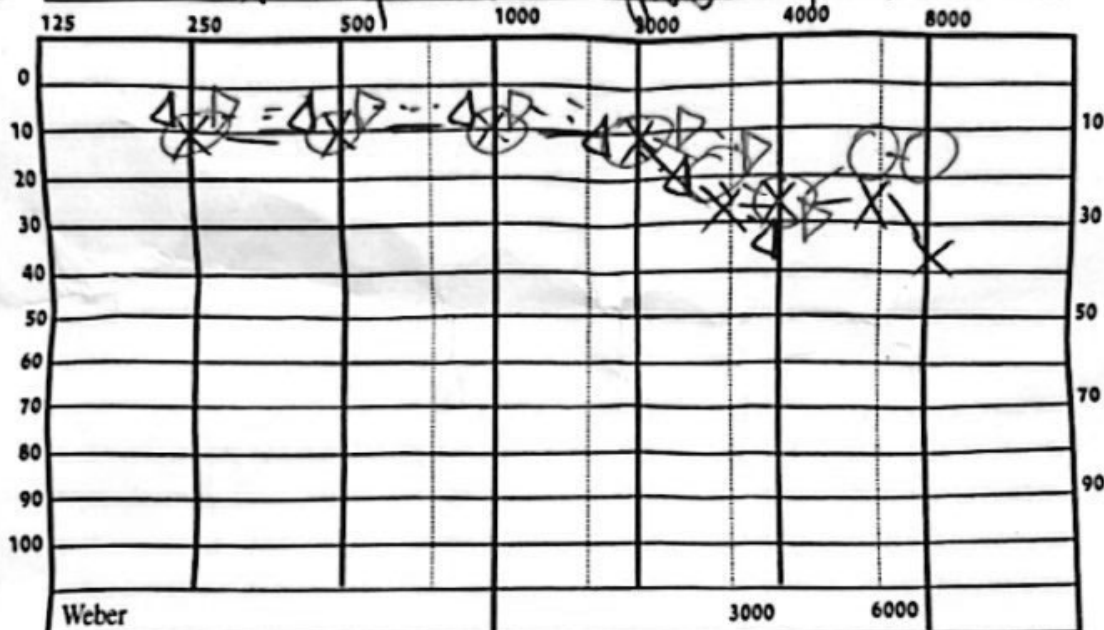
הבודק **מידן עדי**  
קלינאית תקשורת  
מ.ר. 13-122771

מס' זהות **027750488**  
תאריך **19/11/23**

טיפוס האודיאומטר Piano inventis

## בדיקה אודיולוגית

שם הנבדק **אסתר** תאריך לידה **1970**  
טלפון **052-5786757** גורם / מפנה **33 ב"ש**  
סיבת ההפניה **קופ"ח כללית/מכבי/לאומית/מאוחדת**  
אנמנזה: **ימצא קוה בשמיעה** **קופ"ח כללית/מכבי/לאומית/מאוחדת**



| עברית / אנגלית | SPEECH AUDIOMETRY |      |     |      |
|----------------|-------------------|------|-----|------|
|                | Rt.               | MASK | Lt. | MASK |
| S.R.T.         | 10                |      | 15  |      |
| DISCR %        | 100%              |      | 92% |      |
| D.B.           | 45                |      | 50  | שמע  |
| S.R.T BONE     |                   |      |     |      |
| TOLER          |                   |      |     |      |
| M.C.L          |                   |      |     |      |

| TYMPANOMETRY |      |     |      |                 | REFLEX |      |      |      |
|--------------|------|-----|------|-----------------|--------|------|------|------|
| EAR          | TYPE | ECV | dapa | cm <sup>3</sup> | IPSI   |      | CONT |      |
|              |      |     |      |                 | 1KHz   | 2KHz | 1KHz | 2KHz |
| R            |      |     |      |                 |        |      |      |      |
| L            |      |     |      |                 |        |      |      |      |

שיתוף פעולה ☒ טוב ☐ בינוני ☐ נמוך

סיכום הבדיקה: **שמיעה נורמלית**  
אופן ימין: **שמיעה נורמלית**  
אופן שמאל: **שמיעה נורמלית**  
המלצות: **לדאוג לשמיעה בעתיד**

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות  
קבלה 2101300106550 - מקור

ק"ר מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדיעין: מרפאה:  
תאריך: 11/01/2024  
עבור: אלון משה, ת"ז: 27750488, ח.פ.: כתובת: תפוח 3, מודיעין  
הערות: 12 טיפולים  
מקושר ל:  
סוג:

| סכום     | כרטיס | סוג עסקה | חברת אשראי | סוג תשלום |
|----------|-------|----------|------------|-----------|
| 586.96 ₪ | 1732* | רגיל     | ויזה כ.א.ל | אשראי     |

סה"כ: 586.96 ₪

מספר שובר: 55001014, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף - בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנו המבצע.
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית.
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת).
- יבוצע החזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית.
- זאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא - לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה. הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק.

מכבי טבעי  
מרפאת מודיעין  
מכביס דפוח  
טל': 08-9737800

הופק על ידי: משריקי אסייג ורוניק 11/01/2024 19:21

# מכבי טבעי

## רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין, רח' תלתן 8, טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.  
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00, ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00.

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

| #  | מרפאה   | תאריך      | יום | שעה   | רופא/מטפל | טיפול               |
|----|---------|------------|-----|-------|-----------|---------------------|
| 1  | מודיעין | 18/01/2024 | ה   | 18:40 | בן אורן   | דיקור (אקופונקטורה) |
| 2  | מודיעין | 25/01/2024 | ה   | 19:10 | בן אורן   | דיקור (אקופונקטורה) |
| 3  | מודיעין | 01/02/2024 | ה   | 18:40 | בן אורן   | דיקור (אקופונקטורה) |
| 4  | מודיעין | 08/02/2024 | ה   | 18:40 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 5  | מודיעין | 08/02/2024 | ה   | 19:00 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 6  | מודיעין | 08/02/2024 | ה   | 19:20 | בן אורן   | דיקור (אקופונקטורה) |
| 7  | מודיעין | 15/02/2024 | ה   | 18:40 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 8  | מודיעין | 15/02/2024 | ה   | 19:00 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 9  | מודיעין | 15/02/2024 | ה   | 19:20 | בן אורן   | דיקור (אקופונקטורה) |
| 10 | מודיעין | 22/02/2024 | ה   | 18:40 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 11 | מודיעין | 22/02/2024 | ה   | 19:00 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 12 | מודיעין | 14/03/2024 | ה   | 19:20 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 13 | מודיעין | 14/03/2024 | ה   | 19:40 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 14 | מודיעין | 21/03/2024 | ה   | 18:40 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 15 | מודיעין | 21/03/2024 | ה   | 19:00 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 16 | מודיעין | 28/03/2024 | ה   | 19:20 | כהן יתיר  | טווינא              |
| 17 | מודיעין | 28/03/2024 | ה   | 19:40 | כהן יתיר  | טווינא              |

דיקור (אקופונקטורה): 5, טווינא: 12

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,

צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי [www.maccabiltivi.co.il](http://www.maccabiltivi.co.il)

28 אוגוסט, 2025

## חוות דעת רפואית

אני החתום מטה, פרופ' אלי שטיינברג, מאשר בזאת כי בהתאם להחלטת כבוד השופט איתמר סיון, מבית משפט השלום בכפר סבא, מונית כמומחה בתחום האורתופדיה ונתבקשתי לבדוק את:

מר אלון משה, ת.ז. 027750488, בן 55 ש'. עו"ד בעיסוקו.  
כתובת: - רח' סיון 3, מודיעין.  
ת.א. 48466-01-24 בבית משפט השלום בכפר סבא

ולחוות את דעתי האם נגרמה נכות בגין פגיעה בתאונת דרכים ביום 14.5.2023.

עמדו לרשותי המסמכים הרפואיים הבאים: - סכום מחלה, מלר"ד, בי"ח שמיר; - תיק רפואי מקופ"ח; - מכתבים רפואיים; - דימות.

### אלה פרטי השכלתי:

- בוגר בי"ס לרפואה, הטכניון - חיפה משנת 1982.
- מומחה לאורתופדיה משנת 1988.
- פרופסור חבר קליני - בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א.
- מנהל מחלקה אורתופדית ב', סגן מנהל חטיבה אורתופדית, מרכז רפואי תל-אביב (לשעבר).
- חבר בינלאומי באקדמיה האמריקאית של הכירורגים האורתופדים.
- חבר באיגוד האורתופדים הטראומטולוגים האמריקאים.

## תולדות המחלה

לדבריו, התובע היה מעורב בתאונת דרכים ביום 14.5.2023, עת שנהג ברכבו, רכב צד ג' התנגש בו מאחור.  
לאחר התאונה נבדק בחדר המיון של בי"ח שמיר. סבל מכאב צוואר וגב. עבר בדיקה כללית ובתום הטיפול שוחרר לביתו.  
המשיך טיפול בקהילה.  
טופל על ידי מנוחה, תרופות ופיזיותרפיה. בגין הפגיעה הנדונה היה באי כושר מספר ימים.

## תלונות החולה

כאב צוואר עם הקרנה לשכמות וגב עליון.  
כאב גב תחתון, לעתים הקרנה לרגל שמאל של הכאב.

## בבדיקה

ע"ש צווארי: - רגישות צווארית עם הקרנה לשכמות.

טווחי התנועה: - הגבלה קלה בתנועת הכפיפה והסיבוב; תנועות היישור וצידוד הראש שמורות.

ללא חסר עצבי היקפי בגפיים העליונים. כח גס שמור. החזרים שמורים (טריצ'פס, ביצ'פס וברכיורדיאליס). תחושה שמורה.

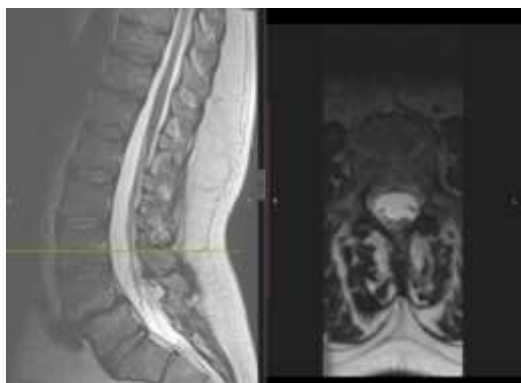
**ע"ש מותני:** - רגישות מותנית תחתונה ומעל העכוזים. לסג שלילי.  
טווחי התנועה: - הגבלה קלה בתנועת הכפיפה לפנים והסיבוב; תנועות היישור וצידוד הגו שמורות.

ללא חסר נוירולוגי היקפי בגפיים התחתונים. כח גס שמור. החזרים גידים תקינים בכל התחנות (פיקה ואכילס). תחושה שמורה.

דימות:

תהודה מגנטית:

- 19.10.2024 – **ע"ש מותני:** - בלטי דיסק בגבהים L4-5-S1. ליסטזיס L4-5 עם היצרות המרווח הבין חוליית.



דיון ומסקנות

מדובר בגבר בן 55 ש', שהיה מעורב בתאונת דרכים ביום 14.5.2023, עת שנהג ברכבו, רכב צד ג' התנגש בו מאחור. לאחר התאונה נבדק בחדר המיון של ב"ח שמיר. **סבל מכאב צוואר וגב.** עבר בדיקה כללית ובתום הטיפול שוחרר לביתו. המשיך טיפול בקהילה. טופל על ידי מנוחה, תרופות ופיזיותרפיה.

בבדיקה הקלינית מצאתי הגבלה קלה בחלק מטווחי התנועה של ע"ש הצווארי והמותני.

מעבר:

- ביקור ביום 31.1.2012, על רקע כאב גב תחתון. טופל תרופתית ואושרה חושפת מחלה לארבעה ימים. ביקור חוזר עם תלונות דומות ביום 12.4.2012. ביקור ביום 17.5.2012, פיענוח תצלום רנטגן, שינויים ניווניים קלים.

- תאונת עבודה ביום 2.3.2015, סבל מקרע ברצועה צידית פנימית ושבר של המשטח המפרקי עליון ציד חיצוני בברך ימין.

- ביקור ביום 6.7.2021, ארבעה ימים לפני הביקור היה מעורב בתאונת אופניים, בה פרק את הכתף ימין.

בתאונה הנדונה התובע נפגע בעה"ש הצווארי והמותני. בחבלות מעין אלו נגרם נזק לרקמות הרכות של עה"ש ובמהלך ההחלמה נוצרות הצטלקויות מזעריות המגבילות בעתיד את טווחי התנועה. הטיפול הפיסיקלי נועד לשפר ולשמר את טווחי התנועה של עה"ש. במקרה דנן הטיפול הפיסיקלי עזר חלקית, אך עדיין נותרה הגבלה בתנועת עה"ש הצווארי והמותני. מעיון בתצלומי הרנטגן נצפו שינויים מבניים עם ליסטזיס (גלישה) של חוליה L4-5 מלווה בהיצרות המרווח הבין חולייתי. ממצאים אלה מעידים על שינויים מבניים שנוצרו עובר לפגיעתו בתאונה מושא התביעה על מנת לגבש מגבלה כרונית בתנועת עה"ש המותני.

**לאור האמור לעיל, לתובע נותרה נכות אותה אני מעריך כדלקמן:**

1. בגין הגבלה קלה בחלק מתנועת עה"ש הצווארי, 6% לפי סעיף מותאם 37 (5) א' של קובץ התקנות של הביטוח הלאומי.
2. בגין הגבלה קלה בחלק מתנועת עה"ש המותני, 6% לפי סעיף מותאם 37 (7) א' של קובץ התקנות של הביטוח הלאומי. אולם מזה יש לנכות מחצית על רקע השינויים המבניים בעה"ש המותני.

**סך נכותו הצמיתה בגין הפגיעה בתאונה מושא התביעה תהיה 9%.**

תעודה זו נתנה על-ידי, לשם הגשתה כראיה לבית המשפט והריני מצהיר כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו, כשהיא חתומה על-ידי, כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

פרופ' אלי שטיינברג  
אורתופד מנתח  
מ.מ. 17012  
מ.מ. 10324

12 דצמבר 2025

עבור:

כבוד השופט איתמר סיון  
בית משפט השלום בכפר-סבא.

ב"כ התובע: עו"ד פרייברג אריאל טל. 037412358.  
ב"כ הנתבעים: עו"ד עידו אמגור טל. 036953344.

**הנדון: חוות דעת לבית משפט בעניינו של משה אלון נ' מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ת.א. 48466-01-24**

הנני מצהיר שבתאריך 10 דצמבר 2025 בדקתי במרפאתי את מר אלון משה אשר הזדהה בפני באמצעות רישיון נהיגה, מספר תעודת זהות 027750488 מרחוב יצחק וולד 4 ראשל"צ. להלן חוות דעתי:

פרטי השכלה והכשרה רפואית.

- בוגר בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע בשנת 1993.
- התמחות ברפואת אף, אוזן וגרון וניתוחי ראש וצוואר במרכז רפואי רבין קמפוס בילינסון, פתח-תקווה בין השנים 1993-1998.
- תת התמחות ברפואה אודיו-וסטיבולרית, נייר-אוטולוגית באוניברסיטת לונדון, לונדון, אנגליה. בין השנים 1999-2000.
- מנהל מחלקת אף אוזן וגרון במרפאת מומחים מקצועית של שירותי בריאות כללית "מגדל המאה" בת"א.
- מרפאת סחרחורת, במרכז רפואי רבין קמפוס "גולדה-השרון", פ"ת משנת 2001.
- כותב חוות דעת רפואיות בתחום אף אוזן גרון בכלל ובתחום רפואה אודיו-וסטיבולרית בפרט משנת 2001.

**מסמכים שהיו לפני:**

1. סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה מרכז רפואי שמיר 14.5.23: תאונת דרכים, כאבים.
2. ד"ר דני יניב רפואת משפחה 17.5.23 תאונת דרכים, צליפת שוט, **טנטון**. 16.10.24 הפניה ל MRI על רקע בעיות גב.
3. תיעוד מתיק אורתופדיה.
4. ד"ר גרושקו איליה אף אוזן וגרון 28.6.23 חש כאבי אוזניים, **צפצופים**, שולל סחרחורות, היו לאחר התאונה.
5. תיעוד מתיק מכבי טבעי.
6. בדיקת שמיעה מכון ספקטור מתאריך 19.11.23 מתלונן על **טנטון**. הבדיקה מדגימה סף 20 דציבלים מימין ו 15 דציבלים משמאל. שקע של 30 דציבלים ב 4 קה"צ ומשם אסימטריה לרעת שמאל עד 15 דציבלים מימין לעומת 35 דציבלים משמאל. דיסקרימינציה 100% מימין ו 92% משמאל. סף שמיעה מחושב: 10 דציבלים דו"צ.
7. תיעוד נתבעת:
8. תיעוד תיק אורתופדיה.
9. ד"ר גרושקו איליה 9.1.2009 חשש לירידת שמיעה. צרומן נוקה. הופנה לבדיקת שמיעה. 13.8.10 ניקוי צרומן. 8.4.13 ניקוי צרומן. 2.9.15 ניקוי צרומן. 10.8.16 ניקוי צרומן. 13.2.17 ניקוי צרומן. 20.7.17 שיעול. 2.7.18 ניקוי צרומן. 11.7.18 ניקוי צרומן. 6.1.20 ניקוי צרומן. 13.5.20 בדיקת אוזניים, רגישות באף. 21.9.2- ניקוי צרומן. 28.6.21 ניקוי צרומן. 12.12.21 ניקוי צרומן. 29.5.22 ניקוי צרומן כמו גם ב 19.2.23. 28.6.23 לאחר תאונת דרכים **צפצופים**. 24.1.24 תיאור בדיקת השמיעה.
10. ד"ר רן פרידנטל אף אוזן וגרון 8.4.14 אטימות אוזן, כאב אוזן ימין. נוקה צרומן. כמו גם ב 28.4.14, 13.4.14.

**תיאור המקרה:**

יליד 1970 עו"ד פלילי. ידוע על אסטמה. מתיק רפואי תאונת אופנוע 2015 ללא תלונות בתחום אף אוזן וגרון. מתאר תאונת דרכים בתאריך 14.5.23 בה ניפגע בתאונת שרשרת: רכבו נפגע מאחור כאשר עמד בפקק תנועה, הוטח ופגע ברכב שלפניו וניפגע שוב מרכב שהגיה מאחור. נפגע במנגנון צליפת שוט. לא נפתחו כריות אויר הרכב הושבת.

מאז התאונה, בתחום אף אוזן וגרון מתלונן על: ירידת שמיעה ורעשים באוזניים.

**תלונה עיקרית:**

ירידת שמיעה: לא סבל מירידת שמיעה קודם לתאונה נדונה. חודש עד חודשיים לאחר התאונה שם לב לירידת שמיעה בעיקר באוזן שמאל.

רעשים באוזניים: שולל קודם תאונה נדונה. סבל התחיל מיד לאחר התאונה אבל לאחרונה מפריע להתרכז.

הרעש: דו"צ אפיו רצוף, קבוע משנה עוצמה. קיים בעיקר במצבים של שקט סביבתי.

**בדיקת בתאריך 10 דצמבר 2025**

בדיקת אף אוזן וגרון תקינה. בדיקה אוטונורולוגית תקינה.

**דיון:**

יליד 1970 אשר בתאריך 14.5.23 נפגע בתאונת דרכים, תאונת שרשרת, במנגנון צליפת שוט: בפגיעה מאחור, הוטח ופגע ברכב שלפניו ונחבל שוב מרכב נוסף אשר פגע ברכבו מאחור

מאז התאונה, בתחום אף אוזן וגרון מתלונן על: ירידת שמיעה ורעשים באוזניים.

ירידת שמיעה: לא סבל מירידת שמיעה קודם לתאונה נדונה. חודש עד חודשיים לאחר התאונה שם לב לירידת שמיעה בעיקר באוזן שמאל. בדיקת תקינה.

תיעוד רפואי: בביקור אצל ד"ר גרושקו איליה בתאריך 9.1.2009 נרשם: חשש לירידת שמיעה. צרומן נוקה. הופנה לבדיקת שמיעה. אח"כ תיעוד עשיר אצל ד"ר רן פרידנטל וד"ר גרושקו, רופאי אף אוזן וגרון, העוסקים בניקוי צרומן מאוזניו. אין תיעוד של בדיקת שמיעה.

בדיקת שמיעה שלפני ממכון ספקטור מתאריך 19.11.23: מתלונן על **טנטון**. הבדיקה מדגימה סף 20 דציבלים מימין ו 15 דציבלים משמאל. שקע של 30 דציבלים ב 4 קה"צ ומשם אסימטריה לרעת שמאל עד 15 דציבלים מימין לעומת 35 דציבלים משמאל. דיסקרימינציה 100% מימין ו 92% משמאל. סף שמיעה מחושב: 10 דציבלים דו"צ.

- נכותו בגין ירידת שמיעה לפי סעיף מל"ל 72(1)א1 בשיעור 0%. כול החמרה עתידית אינה קשורה עוד לתאונה נדונה.

רעשים באוזניים: שולל קודם תאונה נדונה. סבל התחיל מיד לאחר התאונה אבל לאחרונה מפריע להתרכז.

הרעש: דו"צ אפיו רצוף, קבוע משנה עוצמה. קיים בעיקר במצבים של שקט סביבתי. בדיקת תקינה.



## ד"ר משה חיימוף

מרכז רפואי בין-תחומי  
לטיפול בסחרחורת ושיווי משקל

תיעוד רפואי: לא איתרתי תלונות על רעשים באוזניים קודם לתאונה. לאחר התאונה התלונן אצל ד"ר דני יניב רפואת משפחה בתאריך 17.5.23, אצל ד"ר גרושקו איליה אף אוזן וגרון ובבדיקת השמיעה.

הבדיקה עצמה מדגימה סף שמיעה לדיבור תקין. אולם בתדר 6 קה"צ שקע ולאחריו אסימטריה לרעת שמאל שמתאימים לחבלה. תלונותיו כמו גם מנגנון החבלה מתאימים להופעת רעשים באוזניים. אין תיעוד על תלונות קודם לתאונה נדונה ואין בדיקת שמיעה המדגימה תמונה דומה קודם לתאונה. לפיכך הריני משייך תבנית פתולוגית זו בבדיקת השמיעה, לתאונה נדונה.

- נכותו בגין טנטון לפי סעיף 72(4)דו בשיעור 10%. נכות זו צמיתה. ייתכן שיזדקק לטיפול TRT שעלותו נעה בד"כ בין 7000 ₪ ל 12000 ₪.

חוות דעת זו ניתנת במקום עדות בשבועה בבית המשפט והנני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה בבית המשפט.

בכבוד רב

ד"ר משה חיימוף.

ד"ר משה חיימוף  
מומחה מחלות א.א.ג. וסחרחורת  
מ.ד. 24544 ר"מ 16862

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

|                                                       |                       |                                |                 |                |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------|----------------|
| חלק א'<br>אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) |                       |                                |                 |                |
| שם משפחה<br><u>עלון</u>                               | שם פרטי<br><u>שרה</u> | תעודת זהות<br><u>027750488</u> | שם האב<br>_____ |                |
| רחוב<br><u>גמל</u>                                    | מס'<br><u>9</u>       | עיר<br><u>נהלל</u>             | מיקוד<br>_____  | טלפון<br>_____ |

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'<br>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: 19.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פריברג, עו"ד חתימה: X  
מ.ר. 62254

**י פ ו י כ ח**

אני הח"מ, \_\_\_\_\_  
 ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
 ממנה בזה את עויד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ נגד \_\_\_\_\_  
 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 הני"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 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.

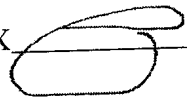
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל 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

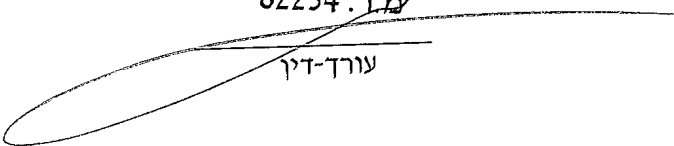
היום 19 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד  
מ.ר. 62254

עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

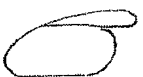
אני הח"מ גור אילן בעל ת.ז. 27750488 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

|        |       |        |       |               |       |
|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

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

|        |             |         |                |               |            |
|--------|-------------|---------|----------------|---------------|------------|
| תאריך: | <u>2015</u> | הפגיעה: | <u>יין כחל</u> | המוסד הרפואי: | <u>קסל</u> |
| תאריך: | _____       | הפגיעה: | _____          | המוסד הרפואי: | _____      |
| תאריך: | _____       | הפגיעה: | _____          | המוסד הרפואי: | _____      |

X 

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן גור, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 17.1.20  
הופיע/ה בפני גור אילן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 27750488  
ולאחר שהוזהרתי/ה 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.

אריאל פרינברג, עו"ד

חתימת עורך הדין 62354