



לכבוד

שומרה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: **תאונה מיום 15.8.25**
מס' רכב: 31-947-55
הנפגע: בצלאל גרוס, ת.ז 311524508

הנני מייצג את מרשי, הנפגע שבנדון ואת ילדו הקטין שנפגע גם הוא בתאונה, והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 15.08.25, בשעה 07:00, או בסמוך לכך, בכביש 90, באזור טבריה, עת נהג ברכב הנושא מ.ר. 31-947-55 (להלן: "**הרכב**"), עם בנו הקטין, ישראל גרוס, ת.ז 340104884 אירעה תאונה במסגרתה מרשי נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב אישור משטרה וביטוח חובה, מסומנות "**כנספח 1**".

בצלאל:

2. לאחר התאונה הובהל על ידי צוות מד"א לקבלת טיפול רפואי במרכז רפואי צפון "פדה" בפוריה, לאחר בדיקה קלינית, ומשנשלל החשש לשברים, מרשי שוחרר לביתו בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי אורתופדי ומנוחה בת 3 ימים.

3. מרשי המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, המשיך בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודת רפואיות, מסומנת "**כנספח 2**".

4. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים, קבלת טיפול רפואי ויזדקק להם גם בעתיד.

5. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלץ מרשי למנוחה, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלך עבודתו, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים לו הפסדי שכר בעתיד.
6. בעטיה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק ביתו, בהשגחה על ילדיו, בשים לב לעובדה שבנו גם נפגע בתאונה כדלקמן, הוא נזקק לעזרת הזולת באופן מוגבר ויזדקק גם בעתיד.
7. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקק מרשי לשימוש מוגבר בגין מוניות ונסיעות מיוחדות ויזדקק לכך גם בעתיד.

ישראל:

8. ממקום התאונה פונה התובע ע"י צוות מד"א לקבלת טיפול רפואי במרכז רפואי צפון "פדה" בפוריה, שהוא סובל מכאבים ונפיחות בפה, בבדיקתו נמצאו סימני חבלה בלסת שפה עליונה וחבלה בשן 21, לאחר ייעוץ אצל מומחה פה ולסת, שוחרר הקטין בליווי אביו, תוך הנחייה להימנע מלעיסה בשיניים הקדמיות ולהמשיך מעקב רפואי במרפאת שיניים בקהילה.

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

9. מחמת התאונה סובל מרשי הקטין מכאבים בשן, בעתיד צפוי לו טיפול שיניים ואורתודנטיה משמעותי, הוא נזקק למעקב רפואי.
10. מרשי הקטין, תלמיד בבית ספר יסודי, נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו, נזקק למנוחה ולהפוגות ממושכות.
11. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.
12. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים לקביעת נכותו אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי כולל בסך 75,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.
- נרצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים מרחב כנרת
כתובת הגליל 4 צפת
טלפון 046978330
פקס 0768602079
דואל bohanim.kineret@police.gov.il
מספר תיק פלא 501562/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 09/11/2025, י"ח חשוון תשפ"ו, 13:52

לכל המעוניין

תאריך התאונה 15/08/2025 בשעה 07:00

מקום התאונה

כביש מס' 90 קמ מספר 0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
5594731	פרטי נוסעים	הונדה-יפן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
שומרה	74211357725	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	311524508	גרוס בצלאל	04/09/1993	לוד יחד שבטי ישראל 8 דירה 4	פוריה - טבריה	קלה
נוסע	340104884	גרוס ישראל	25/08/2015	לוד יחד שבטי ישראל 8 דירה 4	פוריה - טבריה	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
2	בחקירה	09/11/2025

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1964735	דיין	תהל

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1964735	תהל	דיין	ש.לאומי	עובד שירות לאומי

חתימה

מקום שרות

שלוחת בוחנים מרחב כנרת

מס.פוליסה: 742113577725

ראובן

בעל הפוליסה: קנטור
מבוטח/ת יקר/ה,

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

א. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא 27.

ב. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת.

ג. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2020.

ד. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0.

ה. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0.

ו. ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW) - לא.

ז. ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - לא.

בכבוד רב

שומרה חברה לביטוח בע"מ

בכבוד רב,

שומרה חברה לביטוח בע"מ

עותק
למבוטח

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וכונה טרם כרייתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבוטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מס' תעודה:
תעודת ביטוח
פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש)
תש"ל-1970 (להלן: פקודת הביטוח)

שומרה חברה לביטוח בע"מ
הסביבים 23, פתח תקוה
sherut@shomera.co.il
טלפון: 03-9258000


שומרה
חברה לביטוח
קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז.פ. 313518938

מס' פוליסה 742113577725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במסרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 6,5,1 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

שולח באמצעות בנק לאומי

חש' 34823/28 מס' אישור: 0068585
22/06/2025 15:27

תעודה זו - אין לה תוקף



שומרה

חברה לביטוח בע"מ

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

עותק לבנק
קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז.פ. 313518938
מס' תעודה:
הודעת זיכוי

שומרה
חברה לביטוח

מס' פוליסה 742113577725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במסרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 6,5,1 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

חותמת הבנק
בלי חותמת הבנק על
תעודה זו - אין לה תוקף

לתשלום בכל סניפי הבנקים: יזוכה חשבון 34920/30
סניף בנק לאומי 10-800 תל אביב
ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי
התשלום בבנק הדואר במזומן בלבד.



שומרה

חברה לביטוח בע"מ

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

אנחנו מודים לך על שיתוף הפעולה!

610.5197W.MMM
 ԷՄԼ ԿՈՒՅԸ ԵՍ ԵՂԱՆ ԱՎԱԵԱՆԵՐ
 ԵՂԱԿ ԸՈՂԷ ԵԸՆ ԱՅՈՒՆ
 ԿՈՒՅԸ ԵՇԿ ԾԵՑ, ՄԵԸՆ
 ԿԸՍՈՒՄԸ ՄՈՒՅԸ ՈՒ ԵՂԱ
 'ԱՅՈՒՆ ԵՇԿ'

468.00

ԱՐՑԻՑ ԿՄՈՒՄ

14/10/2025 15:07:57

569500/09 ש"מ ס.אזולסט 118 ל'ז"ס 'מ.א.א. לארשי, וואל קנזב וואזשט טאזל

62-02917

11

145-053068 (026534)



106454737, מ.י. ו.י. ו.י.

אזכרת מכתובו של מנחם

468.00

ԼԵՐԻՍ ԼՄՐԿՈՍ

106454737, ח.ח. ח.ח.

ԱՆ ԼԼ ՆԼԸ ԵՊԼՆՅ,
ԼԱԼԼԼ ԿՅ ԼՄԵԼԼ
ԵԵԼԼ ԼԵ՛

ፕላንና ስራዎች ለጥቅም ላይ የዋሉት ሆኖታል ሲሆን፣
ሌሎች ሲሆኑ ለጥቅም ላይ የዋሉት ሆኖታል ሲሆን፣

*****; וְלִפְתּוֹחַ יָד לְעַמּוּל עַל אֵל זָר *****

2. www.mda.org.org - מידע על מחלות - מידע על מחלות

18-008-06101, אצ"ח אר"מ מלחמה בליל - מלחמה - מלחמה

2. ENDSKILL CLADA NALIN:

יִשְׂרָאֵל לֹא 'פּוֹלֵקֵט דִּילֵךְ' יְיָ דִּמְאָס לִנְלֵאס 'וּדְזֵס בּוֹרָא לֵל אִס עִנְלֵסֶס לִנְלֵסֶס דִּי

[illegible]

וְהָיָה כִּי יִשְׁמַע ה' אֶת הַקּוֹל וְהָיָה אֵשׁ וְהָיָה אֵשׁ וְהָיָה אֵשׁ:

14/10/2025 תל אביב, ישראל

אסלול.

מסמך זה נמצא בבעלות משרד המשפטים, תל אביב, ישראל. כל העתקה או הפצה ללא אישור מראש מהמשרד, אף למטרות חינוכיות, היא עבירה על חוק. © 2019 משרד המשפטים, תל אביב, ישראל.

מ"מ 89.00 דף לא נא לטול ולד כולל סכום א"ל דף

[illegible]

(ו) יבואו המיניסטר והמנהל הכללי של שירות המבחן ו- 17 מיניסטרים אחרים מאגודת המערכת

ԼԼՈՒ ՀԱՌՀԼՈ ՍԵ

106454737 אוז אצול : הנדן

ACLO LT'

7135277 715

44 110 110 8

ԿԼԻՃ ԷՏՀՈՀ

14/09/2025
כאלמל סולל ול לל
ללללל לל לללללל



145-053076 (026538)

תאריך ושעת הפקה: 09:35 15/08/2025

חסוי רפואי

Tzafon Medical Center

M.P Lower Galilee, ZIP code 1528001
Appointment Center *8891
Tel. 04-6652211
Registered No. 500107396



שחרור רפואי

מרכז רפואי צפון

ד.ב גליל תחתון, מיקוד 1528001
זימון תורים *8891
טלפון 04-6652211
מס' ישות 500107396

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: דר' הדרי נעה שחם	אח/ות אחראית: מתן גבאי
טלפון: 04-6652846	פקס: 04-6652888	דוא"ל: faxer@tzmc.gov.il

שם משפחה: גרוס	שם פרטי: ישראל	ת.ז.: 340104884
תאריך לידה: 25/08/2015	גיל: 9 ש' 11 ח'	טלפון: 052-7681643
מין: זכר	גורם מממן: קופ"ח מאוחדת	כתובת: יחד שבטי ישראל לוד 8/4 לוד 7135277

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 08:35 15/08/2025 מספר מקרה: 11181117

שיוך למיין

כיכורגיי

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אבחנות
במיין

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS INJURING UNSPECIFIED PERSON	E829.9			✓			

תלונה עיקרית

בן 9

לדבריו היום היה מעורב בתאונת דרכים נפתחו כריות

ללא סיפור של אובדן הכרה או הקאות

שולל חבלת בית חזה, בטן או ראש

במיין בהכרה מלאה מתמצא במקום חמן, זוכר את כל פרטי האירוע, ללא סמני מצוקה נשמית.

ללא כאבים בבית חזה או בבטן ללא קוצר נשימה.

מתלונן על כאבים בפה

בבדקתו:

בהכרה מלאה עירוני חיוני

סימני חבלה בלסת שפה עליונה

ללא סימני חבלה על הפנים

GCS 15

נח גס סימטרי תקין

אישונים שווים ומגיבים. הליכה תקינה, מתמצא היטב, דיבור תקין, בדיקת אצבע אף תקינה.

צוואר ללא גודש ורידי צוואר.

כניסת אויר טובה ותקינה לשני הצדדים

ללא רגישות במישוש מעל הצלעות. ללא סימני חבלה חיצוניים

שם: ישראל גרוס	ת"ז: 340104884	מקרה :	מחלקה: מחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	--------	---------------------------

בטן רכה, ללא רגישות ללא רבאונד וללא תנגודת. ללא סימני חבלה חיצוניים.
ללא הגבלה בתנועות הגפיים.

מדדים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	סטורציה
08:50 15/08/2025	103	95

מדדים טריאז

תאריך ושעה	דופק	סטורציה
08:50 15/08/2025	103	95

ניטור סימנים לסדציה

תאריך ושעה	דופק	סטורציה
08:50 15/08/2025	103	95

מדדים לסדציה

תאריך ושעה	דופק
08:50 15/08/2025	103

יעוצים

פרטי המבקש : דר' זועבי חסאן מ.ר. 1116979
תאריך : 08:58 15/08/2025
מחלקה מיעצת : מחלקת פה ולסת
הגדרת הבעיה : תד חבלת פה לסת
השאלה ליועץ : בדיקתם

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בן 9 בריא בד"כ בליווי הוריו לדבריו היום היה מעורב בתאונת דרכים - נפתחו כריות הוא היה יושב מאחורה ברכב ונתבל באזור הפה ללא סיפור של אובדן הכרה או הקאות	תשובה לא סופית	15/08/2025 09:32	דר' שטרן גיא אלירון	

בבדקתו:
GCS 15, משתף פעולה לבדיקה

EO

נפוחות רכה אבל רגישה לצד שמאל של השפה העליונה, מגיע לקומיסורה
נפוחות קלה ללחי צד שמאל
פתיחת פה תקינה
ללא רגישות גרמית או מדרגות עצם לעצמות הפנים
ללא הגבלה בתנועות הצוואר

IO

שן 11 ב-CROSSBITE (לדברי אביו, היה דם לפני התאונה)
רגישות במישוש לשן 21, ללא ניידות
ללא רגישות או ניידות לשיניים אחרות
סגר שיניים שמור
המטומה לרירית הפנימית של השפה האליונה צד שמאל
שמגיעה לרירית הבוקאלית.

שם: ישראל גרוס	ת"ז: 340104884	מקרה :	מחלקה: מחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	--------	---------------------------

יעוצים

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
הרכה אבל רגישה מגע ללא עדות לחתכים בחלל הפה ללא ניידות במקסילה או מדרגות עצם לסיכום: המטומה בשפה העליונה צד שמאל קונקאשן לשן 21 המלצות משככי כאבים לפי הצורך אוכל רך בלבד (כדי להימנע מלעיסה על השיניים הקדמיות) לשבועיים לחזור לאוכל רגיל בהדרגה לאחר מכן יש לפנות לרופא שיניים בקהילה בהקדם למעקב לגבי שן 21- היא עלולה לאבד את חיותה עקב החבלה במקרה של סימני זיהום מקומי, יש לחזור לבית החולים דרך המיון				

סיכום ודיון

לאחר מעורבות בתאונת דרכים, רקע בקבלתו
במיון יציב הימודנמית ונשמתי, בהכרה מלאה, מתנייד חופשי, GCS 15, ללא הקאות, ללא קוצר נשימה, ללא חוסר נירולוגי.

ייעוץ פה ולסת : (ראה ייעוץ מלא מצורף).
ללא החמרה במצבו וללא הופעה של תסמינים חדשים.
כעת ללא בעיה כירורגית חריפה שמצריכה המשך טיפול במסגרת מיון או באשפוז.
משוחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: -המשך מעקב רופא משפחה מטפל -*. בכל מקרה של החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי בהקדם -*. נגד כאבים
לפי הצורך -*. מנוחה 3 ימים -*. מעקב אורתופד בקהילה.

החלטה: שחרור

רפואה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' חורי רואן מ.ר. 1158742	רופא	15/08/2025 09:35

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



לתשומת ליבך - כל המידע הרפואי שלך במקום אחד
באפליקציית אפולו:
برجى الملاحظة
כל המידע הרפואי שלך במקום אחד

www.kolzchut.org.il
לזכויות שלכם מכל הגורמים,
חפשו בנוגל "כל זכות אחרי
אשפות"

כל החק
כל זכות
מכון דוידסון לחקר

"קול הבריאות"
5400*
לכל יחידות משרד
הבריאות

"כל הבריאות"
call.gov.il
המערך לבדיקת
זכויות



משרד
הבריאות
בתיים בריאים יותר

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

תאריך ושעת הפקה: 09:01 15/08/2025

חסוי רפואי

Tzafon Medical Center

M.P Lower Galilee, ZIP code 1528001
Appointment Center *8891
Tel. 04-6652211
Registered No. 500107396



מרכז רפואי צפון

ד.ג גליל תחתון, מיקוד 1528001
זימון תורים *8891
טלפון 04-6652211
מס' ישות 500107396

שחרור רפואי

שם יחידה : מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה : דר' הדרי נעה שחם	אח/ות אחראי/ת : מתן גבאי
טלפון : 04-6652846	פקס : 04-6652888	דוא"ל : faxer@tzmc.gov.il

שם משפחה : גרוס	שם פרטי : בצלאל	ת.ד. : 311524508
תאריך לידה : 04/09/1993	גיל : 31	טלפון : 052-7681643
מין : זכר	גורם מממן : קופ"ח מאוחדת	כתובת : יחד שבטי ישראל 8/4 לוד לוד 7135277

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 08:30 15/08/2025 מספר מקרה: 11181114

שיוך למיון

כירורגיי

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אבחנות

במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS INJURING UNSPECIFIED PERSON	E829.9			✓			

תלונה עיקרית

בן 31

לדבריו היום היה מעורב בתאונת דרכים כריות נפתחו

ללא סיפור של אובדן הכרה או הקאות

שולל חבלת בית חזה, בטן או ראש

במיון בהכרה מלאה מתמצא במקום זמן, זוכר את כל פרטי האירוע, ללא סמני מצוקה נשמית.

ללא כאבים בבית חזה או בבטן ללא קוצר נשימה.

לא מתלונן על כאבים

בבדקתו:

בהכרה מלאה עירוני חיוני

ללא סימני חבלה

ללא סימני חבלה על הפנים

GCS 15

כח גס סימטרי תקין

אישונים שווים ומגיבים. הליכה תקינה, מתמצא היטב, דיבור תקין, בדיקת אצבע אף תקינה.

צוואר: ללא גודש ורידי צוואר.

כניסת אויר טובה ותקינה לשני הצדדים

שם: בצלאל גרוס	ת"ז: 311524508	מקרה:	מחלקה: מחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	-------	---------------------------

ללא רגישות במישוש מעל הצלעות. ללא סימני חבלה חיצוניים
בטן רכה, ללא רגישות ללא רבאונד וללא תנגודת. ללא סימני חבלה חיצוניים
קולות הלב סדירים.
ללא הגבלה בתנועות הגפיים.

מדדים

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה
08:52 15/08/2025	114 / 70	88	95

מדדים טריאז

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה
08:52 15/08/2025	114 / 70	88	95

ניטור סימנים לסדציה

תאריך ושעה	דופק	סטורציה
08:52 15/08/2025	88	95

מדדים לסדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
08:52 15/08/2025	114 / 70	88

סיכום ודיון

לאחר מעורבות בתאונת דרכים, רקע בקבלתו
במיון יציב הימודנמית ונשמתי, בהכרה מלאה, מתנייד חופשי, GCS 15, ללא הקאות, ללא קוצר נשימה, ללא חוסר נירולוגי.
כעת ללא בעיה כירורגית חריפה שמצריכה המשך טיפול במסגרת מיון או באשפוז.
משוחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: -המשך מעקב רופא משפחה מטפל -*. בכל מקרה של החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי בהקדם -*. נגד כאבים
לפי הצורך -*. מנוחה 3 ימים -*. מעקב אורתופד בקהילה.

החלטה: שחרור

רפואה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר זועבי חסאן מ.ר. 1116979	רופא	15/08/2025 09:01

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



לתשומת ליבך - כל המידע הרפואי שלך במקום אחד
באפליקציית אפולו:
يرجى الملاحظة
כל המידע הרפואי الخاص بك في
مكان واحد:

www.kolzchut.org.il
חסינות שלכם מכל הנזקים,
חפשו בנוגל "כל זכות אחרי
אשפוז"

כל הזכויות
כל זכות אחרי
אשפוז

"קול הבריאות"
5400*
לכל יחידות משרד
הבריאות

"כל הבריאות"
call.gov.il
המערבנת לבדיקת
זמאיות

משרד
הבריאות
הרפואה

המשרד המרכזי לבריאות הציבור

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הכלל 601
ת.ז.ח.פ. מס' 31152-4508, מרחוב הגאון ר' יצחק 910

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של תביעה 137 נגד הגדרת רשות
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדן הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 ולהיבך.

ולראיה באתי על החתום

חיום 08 לחודש 01 שנה 2026

אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין

חתימה: X הכלל 601

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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
ימק גר שיל	8	311524508	
מס'	עיר	מיקוד	טלפון
	106	7135278	0527681643

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה 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 הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 8/1/20 עד לחתימה ומס' ת.ז. **עו"ד אריאל כריירג** חתימה: _____
מס' רשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

אני הח"מ, אלה ויצמן אחים, הור' הק"ן ישיאל
ת.ז.ח.פ. מס' 511524508, מרחוב יחזקאל ישיאל 8 א/ק
200241754

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטורם 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, וחנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 08 לחודש 01 שנה 2020

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

א/ק

חתימה: X - א/ק

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>340109884</u>	<u>ישראל</u>	<u>8</u>	<u>יח' צה' יפה</u>
תעודת זהות	שם פרטי	מס'	רחוב
<u>0527681643</u>	<u>7135277</u>	<u>217</u>	<u>יח' צה' יפה</u>
שם האב	שם פרטי	מס'	רחוב
טלפון	עיר	מס'	רחוב

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 הבראותי 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 מרפאיהם 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 הבראותי 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 מרפאיהם 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 רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'

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

רפאים: _____ 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)