

תאריך חתימת המסמך : 29.2.26

התובע : **לירן בן משה, ת.ז. 212437511**
מרחוב ההתיישבות 6, ראשון לציון
טלפון : 050-9582366

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

– נ ג ד –

הנתבעת : **איי.די.אי חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב אפעל 35, פתח תקוה
טל' : 03-5656778; פקס : 03-7569580

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : ₪ 839 (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, 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 לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 01/03/2002, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 68-624-69 (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. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עובד בתחום ההפקות והאירועים מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



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

7. בתאריך 12.9.2024, עת נהג ברכב היה התובע מעורב בתאונה והוא נפגע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
- רצ"ב תעודת חובה, מסומנת "**כנספח 1**".
8. לאחר התאונה, משלא חלפו הכאבים, נוכח כאבי גב עזים עם הקרנה לגפיים התחתונות ונימול, עד כדי קושי בהליכה, פנה התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים "שמיר" (אסף הרופא), שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר ביצוע בדיקות שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה, לרבות, קושי בתפקוד פנה התובע לקבלת טיפול במסגרת הקהילה, לאחר בדיקה וטיפול הומלץ על קבלת זריקות וולטרן, המשך טיפול ומעקב אורתופדי ומנוחה.
10. התובע המשיך במעקב רפואי אורתופדי במסגרת קופת החולים, בעקבות הימשכות הרגישות והכאבים בגב הוא הופנה לבדיקות דימות נוספות ונטילת תרופות לשיכוך כאב וזריקות לשיכוך והרגעת הכאב ושיפור התפקוד.

11. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלטי דיסק בגבהים L5-L4, L5-1S, בנוסף לבלט היקפי ובקע סוב ארטיקולרי בL3-L4.
12. התובע נזקק להמשך בטיפול רפואי במסגרת הקהילה ומעקב אורתופדי, טיפולי פיזיותרפיה, בנטילת משכי כאבים.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מקושי בכיפוף וכריעה, קושי בחליכה, ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
14. התובע עובד בתחום ההפקות והאירועים, צעיר בתחילת דרכו המקצועית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נגרמו לו הפסדי שכר ואפשרויות השתכרותו בעתיד הצטמצמו.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.



חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 125,250
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 22,480
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 15,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 28,250

ב. נזק כללי:

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

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

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות בגין נסיעות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 16)	10
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - ישיר אורתופדי (עמודים 18 עד 18)	18
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 20 עד 21)	20



נספח 1 :

תעודת חובה

(עמודים 7 עד 8)



לכבוד
לירן בן משה
ההתיישבות 6
ראשון לציון 7583154

א.ג.נ.



מצורפת בזה תעודת ביטוח החובה לרכבך.
ביטוח החובה תקף רק אם התעודה נושאת חתימה של בנק/דואר.
המאשרת את התשלום.
אנו מאחלים לך נסיעה בטוחה.

ביטוח ישייר service@yashir.co.il		תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב ממני (נוסח חדש) התשל"ו-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
מזהרה 01/24		שים לב- מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.	
לירן בן משה 212437511 ההתיישבות 6 ראשון לציון 7583154 שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		מועד תחילת הביטוח - 05/02/2024 המועד בו חותמתה תעודה זו בבנק- אך לא לפני:	
תעודה זו מהווה חלק בלתי-נפרד מהפוליסה		מספר הפוליסה 1709924500/9	
מאזדה מאזדה 3 קומפורט (1598) שם היצרן והדגם		נפח מנוע (הספק) 1600 שנת הייצור / מועד העלייה לכביש 2010	
מספר הרישוי של הרכב 6962468 (או מספר הרישום)		מספר שלדה (ככל שקיים)	
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו) פרטי		משקל הרכב	
מטרות השימוש המותרות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך). בני האדם הרשאים לנהוג ברכב - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך). הרחבת - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).		מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/01/2025	
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו 05/02/24 09:52		מספר שולדה (ככל שקיים)	
סכום דמי הביטוח 3214 ₪		א.י.די. איי בע"מ שולם 3214 ש"ח באמצעות בנק מזרחי חן 09:52 05/02/24494-047194	
ביטוח ישייר service@yashir.co.il		הודעת זיכוי תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב ממני (נוסח חדש) התשל"ו-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
תעודה זו מהווה חלק בלתי-נפרד מהפוליסה		מספר הפוליסה 1709924500/9	
מאזדה מאזדה 3 קומפורט (1598) שם היצרן והדגם		נפח מנוע (הספק) 1600 שנת הייצור / מועד העלייה לכביש 2010	
מספר הרישוי של הרכב 6962468 (או מספר הרישום)		משקל הרכב	
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו) פרטי		מספר שולדה (ככל שקיים)	
הודעת זיכוי 62-24112		קוד מוטב	
סכום דמי הביטוח 3214 ₪		א.י.די. איי בע"מ שולם 3214 ש"ח באמצעות בנק מזרחי חן 09:52 05/02/24494-047194	

ביטוח ישייר
 איננו אחראים על ביטוח חובה
 דמי ביטוח חובה 468000



זכור! ביטוח החובה תקף רק לאחר החתמת סניף הבנק/דואר המאשרת תשלום

ביטוח ישייר
 איננו אחראים על ביטוח חובה
 דמי ביטוח חובה 468000

03-5555555

מטוחות השימוש המותרות

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

- (1) מטוחות חבדותיות, פרטיות או מטוחות עסקיות של המבטח, שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטוחה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטוחה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה;
- (3) מטוחה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת;
- (4) מטוחה עסקית של חילוץ או גרידה של רכב מנוע, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת;

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חחה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק. לענין זה "חחה שכירות" - למעט חחה לסינג-תפעולי או חחה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימוני);

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליז רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהחברה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית) אינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטוחות ספורט מוטורי של מירוצי כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק הנהיגה הספורטיבית.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב*

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדן וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב*.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), תקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנת או לרכב המסווג "מונית" ברישיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו מקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו מקוב בתעודת הביטוח כאמור*.
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה*, פטור המבטח מתכסות לפי פוליסה זו.

* הכל בכפוף לקיום תנאי סעיף 8 לפוליסה.

הרחבות

היקף הכיסוי, הסיכונים והחבדות המבטחים הנם בהתאם לתנאי הפוליסה, ללא הרחבות כלשהן.
בעל הפוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשכרה בהודעה למבטח; תקופת ההשכרה תסתיים במועד המצויין בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשכרה לא יהיה למפרע.

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 16)



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 035001
 מסונף לבקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א
 Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
 affiliated to The Faculty of Medicine, Tel-Aviv University
 www.shamir.org



המרכז
 הרפואי
 שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
 מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
 אחות אחראית: נטלי כרדי
 טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909



לביחור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-
 היכנסו לפורטל שמיר אישי

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: בן משה	שם פרטי: לירן
כתובת: ההתיישבות 6 ראשון לציון 7583154	טלפון: 052-8777876
ת. לידה: 01/03/2002 גיל: 22	זמן קבלה: 16:03 12/09/2024
ת. זהות: 212437511 מין: זכר	זמן פתיחת גיליון: 16:07 12/09/2024
מצב משפחתי: רווק/ה 0	זמן שחרור: 18:32 12/09/2024
שם האב: אשרי חיים שם האם:	
קופ"ח מכבי	
מספר מקרה: 12259438	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: **שחרור**



אבחנות במלרד	Rec	MP	S/P	עיקר	תאריך	צד	קוד	אבחנה
				✓			847.0	אבחנה Whiplash injury

לא ידועה רגישות לתרופות
 לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: **תאונת דרכים**

בדיקת רופא ראשונית

בן 22, בריא ללא טיפול או רגישויות

היום היה בתאונת דרכים נהג חגור
 נפגע ע"י משאית בדלת משמאל, בדרך לעבודה
 לאחר מכן במהלך יום העבודה החמרה בכאבי הגב. מרגיש הרדמויות רגל שמאל.
 ללא אובדן שליטה על סוגרים. ללא רקע ניתוחי

בדיקתו -

מתהלך בגרירה של רגל שמאל
 רגישות בגב משמאל, ללא ליסטי
 תחושה ירודה בשוק משמאל לטרלית, ללא רדימויות אוקף.
 כוח מוטורי לפי ASIA L2-S1 שמור בכלל התחנות, החזרים שמורים

בצילומים - ללא ממצא חריף
 לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
 הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

*****סודי רפואי*****
המשך מכתב: 212437511 לירן בן משה

המלצות:
 -מנוחה יומיים
 -שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושות או מוטורי או מל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
 -קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
 -המשך מעקב רופא מטפל
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML DRP 1000 mg	Once	16:16 12/09/2024 נחמני תומר מ.ר. 237136	DRP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

BP	P	SAT
150/84	96	98

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
12/09/2024 18:32	רופא/ה מורשה/ת שחרור	ד"ר מיצ'יק אילן מ.ר. 145734



הודפס בתאריך: 08/05/2025 12:14
הודפס ע"י: ד"ר לייבמן ויאולט
רישום מתאריך: 21/09/2024 18:43:16

דף 1

רישום ביקורים
בן משה לירן; ת.ז.: 212437511; גיל: 23.2

גיל: 22.6 מספר ביקור: 00288989676

שם רופא/ה: ד"ר פילמבסקי קלמן תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה

סיבת הפניה: כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל מזה שבוע ימים לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים, נבדק במיון ללא ממצא. כעת החמרה ברמת הכאב, הגבלה בתנועה, ללא הפרעה במתן שתן

מדידות אחות

שעה	חום	משקל	דופק	לחץ דם	מס' נשימות	סטורציה %
18:40	36.6 P.O	76		128/71		

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגישות ב איזור L4-5 תחושה שמורה כוח גם 5/5 ללא חסור נירולוגי SLR משאל עד 60 מימין ללא הגבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
20/03/2025 - בתוקף עד	אחות: זריקה תוך שרירית IM

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 - 1 op	1 <7>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ביקר 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.



המלצות למטופל: 1 מעקב רופא מטפל
2 מעקב אורטופד

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
מכתב שחרור	C00033		

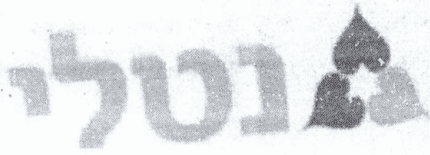
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מכתב שחרור כן

10140903

סיכום טיפול - ביקור בית



שם הרופא:	סנדוקה לואי מ.ר. 1-177125	תאריך ושעת הגעה:	16/03/2025 15:26
מס' קריאה:	40252028	תאריך ושעת סיום:	16/03/2025 15:30
מס' זיהוי:	212437511	שם נבדק:	בן משה לירן-23
כתובת:	ההתיישבות 6, ראשון לציון, ראשון לציון	טלפון:	0509582366
פרטים רפואיים:		גיל:	0
		מין:	

תלונות המטופל: בן 23, בריא בד"כ, מאתמול סובל מכאבי גב תחתון מקרין לרגליים, מוגבל בתנועה ללא סיפור של נפילה או חבלה ללא תלונות נוספות

רגישויות ידועות:

תרופות קבועות ידועות:

בדיקה גופנית

דופק:	76	לחץ דם:	132/65	מס' נשימות:	15	חום:	36.6	דרגת כאב:	05
סטורציה:	98	מצב כללי:	תקין	הכרה:	הכרה מלאה	לב:	סדירים	סימני צד:	לא
קולות נשימה:	ב.מ.פ.	אישונים:	לא נבדק	אוזניים:	לא נבדק	לוע:	לא נבדק	בטן:	לא נבדק
קשיון עורה:	לא נבדק	פריחה:	לא נבדק	רפלקסים:	לא נבדק	סוכר בדם:	לא נבדק		
כבד:	לא נבדק								
שתן (סטיק):									

סיכום

אבחנות רפואיות: low back pain

המלצות:

פענוח ECG:

הפניה להמשך טיפול: רופא הקופ"ח

השתתפות עצמית: 23

מס' מנוי: 267630

*בבחינתי זו הגני מאשר שחשבוני יחויב באמצעי התשלום הפעיל במערכת *יש לפנות להמשך מעקב אצל הרופא המטפל בהקדם האפשרי.

*במידה ויש החמרה יש להגיע למיון ללא דיחוי *הפניה למיון תקפה לזמן הבדיקה בלבד.

*הגני מאשר כי על אף שהוסבר לי מצבי הרפואי על ידי הרופא המטפל וכי עלי לקבל את הטיפול המוצע, ולאחר שהבנתי את החשיבות ואת ההשלכות לרבות את הסכנה הנשקפת לבריאותי ולחיי, הגני מסרב לקבל טיפול רפואי מוצע ו/או להתפנות לבית החולים באופן מיידי.

חתימת הרופא

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: C.T

תאריך פתיחת הבקשה:

08/05/2025

פועל הבקשה: ד"ר דקל אסף

מספר פנייה: 1-

נבחר יעוץ: ללא

פרטי הרופא

ת.ז. רופא: 23624547

שם הרופא: ד"ר דקל אסף

מס' רשיון: 031981

מקצוע: אורתופדיה

טלפון: 050-6267970

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקריין לרגליים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיחה חיובי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

אבחנה:



• LOW BACK PAIN

בעיות פעילות:

• TOBACCO USE DISORDER (27/08/2023)

רגישויות:

27/12/2018 - לא ידוע -

creatinine: 0.91

eGFR: 122

תאריך: 03/11/2020

תאריך: 03/11/2020

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בלט דיסק?

תשובת מרכז דימות

הבדיקה הדרושה	סטטוס	תאריך	כמות
CT עמוד שדרה מותני וסקרלי	פטור		1

התחייבות: 250550111

מומלץ:

סטטוס

(לכל הבדיקות)

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

מכון: (C.T) טומוגרפיה ממוחשבת

רחוב ומספר: 20 הברזל

ד"ר דקל אסף
אורתופד כירורג
מ.ר. 1981 מ.ר.מ. 25462
מחלקת רפואת רגליים

ד"ר דקל אסף
כירורגיה אורתופדית
התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

מכבי שירות

טלפון: 0
פקס: 2
כתובת: 3

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בן משה

ת. לידה: 01/03/2002

מין: ז

כתובת: ההתיישבות 6/31, ראשון לציון

0212437511

בן משה
לירון

הורה:

ת. קבלה: 11/05/25

ת. לידה: 01/03/02

קופח מכבי סל

עש מוחתי-CT

נבדק:

בן משה
לירון

ת. לידה:

ת. קבלה: 11/05/25

מין: ז

עש מוחתי-CT

רופא:

הפניה למכון דינ

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקרין לרגליים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיחה חיוכי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

אבחנה:

בעיות ידועות:

רגישויות:

27/12/2018 - לא ידוע

מעשנות: כן

בדיקה דרושה

CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

בלט דיסק?

קוד מב"ר

L1039

פרוטוקול ביצוע הבדיקה

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
03/11/2020	4.6 שנים		Creatinine (B)
03/11/2020	4.6 שנים		eGFR

תאריך: 08/05/2025

שם הרופא: ד"ר דקל אסף

תוקף ההפניה ל-270 יום, מוגדר - 08/05/2025 עד תאריך - 02/02/2026

יש להודיע מראש על דחיית ביטול תור לבדיקה.
** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 11/05/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



031981

מסמך אנשור
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 433778857

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 212437511

שם פרטי: לירן

שם משפחה: בן משה

טל.עבודה/צייד: 0528777876

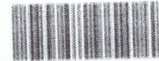
0509582366

טלפון:

מין: ז

01/03/2002

ת.לידה:



0212437511

ההתיישבות 6/31, ראשון לציון

כתובת:

מיקוד 7583154

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

בביקור בתאריך 08/05/2025 בשעה 17:08:20

תלונות:

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקרין לרגליים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיחה חיובי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

ממצאים: בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

CT בלט משמעותי L4-5

למומחה עש

לשקול טיפול

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

דיון ואבחנה מبدלת:

אבחנות:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: כן

• TOBACCO USE DISORDER (27/08/2023)

בעיות ידועות:

רגישויות: 27/12/2018 - לא ידוע -

מטרת ההפניה: טיפול

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבזוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2025 עד תאריך - 07/11/2025

11/05/2025

חתימה וחותמת

תאריך

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - ישיר אורתופדי

(עמודים 18 עד 18)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בנתניה**לירן בן משה - נגד - אי די אי חברה לביטוח בע"מ**

התובע, לירן בן משה, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים "שמיר" (אסף הרופא), בצריפין ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 20 עד 21)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

בן משה	לירן	212437511	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
ההתיישבות	6	ראשון לציון	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
מקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.2.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל פרידברג, ע"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ לירן בן משה
ת.ז.ח.פ. מס' _____ 212437511, מרחוב _____ ההתיישבות 6 ראשון לציון,

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, 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 _____ 1 לחודש _____ 2 שנה _____ 26

חתימה: X _____
הנני מאשר את ההימנות מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
עו"ד 62234-מ.ר.