

תאריך חתימת המסמך : 22.3.26

התובעת :

ניב שרון , ת"ז 33538869
מרחוב שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון
טלפון : 050-5888592

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

– נ ג ד –

הנתבעת :

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טלי : 03-7332202 ; פקס : 03-7337869
דוא"ל : PtichotHova@fnx.co.il

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 והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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



(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 16.10.1976, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו המשתמשת ברכב הנושא מספר רישוי 398-50-003 (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.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומנת "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. התובעת עובדת בחנות בגדים ובעסק של בעלה, מחמת התאונה ותוצאותיה נעדרה מעבודתיה, נאלצה לקחת הפוגות ממושכות ונגרמו לה הפסדי שכר בעבר ובעתיד.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה וגידול ילדיה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 2.1.25, בסביבות השעה 15:16, בעת שנכנסה לרכבה, נפגעה מרכב חולף הנושא מ.ר 635-14-503 והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה החלה התובעת לסבול מכאבי ראש, צוואר, גב וסחרחורות, היא פנתה למרכז הרפואי "שמיר" (אסף הרופא), שם אובחנו חבלות בראש ובצוואר. לאחר בדיקות דימות וקבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
9. התובעת אשר סבלה מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב, תעודות מחלה והמשך טיפול ומעקב.

10. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה, אולם ללא שיפור ומשנותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב והוחלט להפנותה לביצוע בדיקות הדמיה.
11. בדיקת CT שכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה יישר לורדוזיס צווארי, ונזק דיסקוגני עם לח. על השק התקאלי והיצרות.
12. נוכח הממצאים והיעדר שיפור הוחלט בטרם התערבות כירורגית על המשך טיפול שמרני והפניה לטיפול במסגרת מרפאות כאב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספה 2".
13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש וסחרחורות, מקושי בשיבה, הליכה ועמידה ממושכות, מקושי בכיפוף, הרמה וכריעה, מקושי בהרמה ונשיאה, מקושי בצידוד הראש, הטיה וכיפוף, מקושי בריכוז, מקשיי שינה והירדמות, היא נזקקת למעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב וטיפול תרופתי ותיזקק לכך גם בעתיד.
14. התובעת, מוכרת בחנות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה ממושכת, כריעה וכיפוף, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה ונגרמו לה הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת, בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

17. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|----------|
| (1) הפסדי השתכרות בעבר – | ₪ 75,500 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 15,250 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 4,800 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 11,920 |

ב. נזק כללי:

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

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



(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

19. הנתבע חייב לפצות את התובעת בהיותו מבטח השימוש ברכב במועד התאונה.

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




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 22)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 24 עד 24)	24
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 26 עד 27)	26



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 8)





מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת ראשון לציון שפלה
כתובת זבטינסקי 106, ראשון לציון
טלפון
פקס
מספר תיק פלא 6487/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 05/01/2025, ה' טבת תשפ"ה, 13:52

לכל המעוניין

תאריך התאונה 02/01/2025 בשעה 16:15

מקום התאונה

ראשון לציון העצמאות 10 בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
39850003	פרטי נוסעים	ב מ ו ו גרמניה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפניקס הישראלי	240195403524017	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	33538869	ניב שרון	16/10/1976	ראשלי"צ, שולמית אסף אלוני 11	קלה	הרופא/שמיר - צריפין

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
63314503	פרטי נוסעים	מיצובישי תאילנד



חברת ביטוח

לא הוצג

מספר מוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	73965618	פורתי יחזקאל		ראשלי"צ, ראובן ובת שב 1		

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
1	בחקירה	05/01/2025

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1065184	כהן	מרב

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1065184	מרב	כהן	רסב	סייר תנועה

מקום שרות

משרד תנועה ראשון לציון שפלה

חתימה

05/01/2025 13:52

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 22)





לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מל"ד: ד"ר גל פחיס

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המדע 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, מרובה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: ניב	ת. לידה: 16/10/1976 גיל: 48
שם פרטי: שרון	ת. זהות: 33538869 מין: נקבה
כתובת: שולמית אלוני 11/86 ראשון לציון 7591560	מצב משפחתי: נשוי/אה 2
טלפון: 050-5888592	שם האב: רפאל שם האם:
זמן קבלה: 17:37 02/01/2025	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 17:41 02/01/2025	מספר מקרה: 12314107
זמן שחרור: 21:48 02/01/2025	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA	338.11			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת ראש

בדיקת רופא ראשונית

בת 48 בריאה בד"כ

ללא רגישות לתרופות

=====

התקבלה למיון לאחר היתערבות בת.ד, 4 שעות טרם קבלתה, לדבריו בזמן כניסה לאוטו רכב נפגע פה, נחבלה בראש וצוואר בדלת של האוטו, ללא איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות ק סחרחרות ללא חבלת חזה או בטן מלינה על כאבים באזן ימין בבדיקתה -

יציבה בהכרה מלאה GCS 15

בדיקה נירולוגית תקינה אישונים שווים ומגבים לאור כח גס ותחושה שמורים ללא סימני חוסר נירולוגי ראש ללא סימני חבלה ללא רגישות

צוואר-ללא סימני חבלה ללא הגבלה בתנועה רגישות במישוש חזה ובטן ללא ממצא חריג

בוצע צילום ע"ש צווארי ללא ממצא חבלתי חריג (בהתייעצות עם ופא אורתופיד)

כעת משתחררת לביתה באישור של דר שפירא עם ההמלצות הבאות-

סיכום רפואי במלרד

בת 48 עם הרקע לעיל
 התקבלה למיון לאחריו התערבות בת.ד עם חבלת צוואר בבדיקתה יציבה בהכרהמלאה בדיקה נירולוגית תקינה ללא ממצא חריג
 צילום צווארי ללא עדות לשברים

כעת משתחררת לביתה באישור של דר שפירא עם ההמלצות הבאות-

סטטוס מטופל בשחרור

במצב כללי טוב.
 יציב נשימתית והמודינמית.
 ללא צורך בהמשך בירור במסגרת אשפוז.
 התקבל הסבר על מהלך הטיפול וההמלצות בשחרור.

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMADEX FLASH TAB 50MG TAB 50 mg	Once	20:10 02/01/2025 עלי נור מ.ר. 234702	TAB 50 mg PO

מדדים אחרונים

BP	P	SAT
119/79	79	98

המלצות בשחרור

המלצה: מעקב רופא מטפל.
 נגד כאבים ע"פ צורך.
 במידה ויש החמרה יש לפנות לבדיקת רופא בקופ"ח.
 חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
02/01/2025 21:48	רופא/ה	דר' מגלוב דיאנה מ.ר. 157480

גיל: 48.2 מספר ביקור: 00299991139

שם רופא/ה: ד"ר מוז אלכסנדר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: 2025. 02.01 לדבריו בזמן כניסה לאוטו הרכב פגע בה, נחבלה בראש וצוואר
בדלת של האוטו, ללא איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות כן סחרחרות ללא חבלת חזה
היתה במיון, בוצעו צילמי רנטגן
עדיין כאבים בצוואר, גב,

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגישות בשריר צוואר, גב

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROAD ACCIDENT
			CONTUSION BACK
			CERVICALGIA

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 10 ימים.	<10> 1	gel X 1 -1 op	PHYSI-CARE MAC 1% X 100G
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1) טבליה) לתקופה של 14 ימים.	<14> 1	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	000001	02/01/2025	10/01/2025



ד"ר מוז אלכסנדר
מומחה לרפואה פנימית
מ.ר. 23618 מ.מ. 17046
! 0315400

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

תאריך: 06/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



ד"ר מוז אלכסנדר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9624912

פקס: 03-9517438

כתובת: נגבה 24, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ניב	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 33538869
ת.לידה: 16/10/1976	מין: נ	טלפון: 039623811	טל.עבודה/נייד: 0505888592
כתובת: שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון	מיקוד: 7591560		

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 02/01/2025 עד יום: 10/01/2025 סה"כ: 9 ימים.

חתימה וחתימת הרופא
023618 S.N. 17046
INTERNET MEDICINE SPECIALIST

06/01/2025

תאריך



מ.ר גורם מפנה



דר' בייא אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: שרון	שם משפחה: ניב
ת.ז.: 33538869	ת.לידה: 16/10/1976
טל.עבודה/נייד: 0505888592	מין: נ
מיקוד 7591560	תלפון: 039623811
כתובת: שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון	0033538869

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 12/01/2025 עד יום: 31/01/2025 סה"כ: 20 ימים.

12/01/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר ניב
11904
12/01/2025





0052224870



018667



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 414739268

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 33538869

שם פרטי: שרון

שם משפחה: ניב

טל.עבודה/נייד: 0505888592

טלפון: 039623811

מין: נ

ת.לדה: 16/10/1976



0033538869

מיקוד 7591560

שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

לדבריה עברה תאונת דרכים ב-02.01.2025 עברה לבית חולים אסף הרופא
בבדיקתה במיין לא אובחן חוסר נאורולוגי או הגבלה בתנועה/נמצאה רגישות מקומית
צילום עש צוארי לא אובחן ממצא חבלתי
היום מתלוננת על כאבים לאורך כל עמוד השדרה

ממצאים:

ללא חסר נאורולוגי כאבים בין השכמות בכיפוף קידמי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- BACK PAIN

מעש/ות : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה צווארי
L1039		CT עמוד השדרה גבי

שאלה לרדיולוג:

מצב עש צוארי וטוראקלי

פירוט	מידע נוסף
לא / לא ידוע	הריון

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
28/09/2024	3 חודשים	0.9	Creatinine (B)
28/09/2024	3 חודשים	76	eGFR

שם הרופא: דר' ביין אברהם

תאריך: 12/01/2025

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/01/2025 עד תאריך - 11/07/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

ד"ר תנין
אורטופדית
מ.ר. 11903

תאריך: 12/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר בייאן אברהם



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 414739352

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ניב	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 33538869
ת.לידה: 16/10/1976	מ.י.נ:	טלפון: 039623811	טל.עבודה/נייד: 0505888592
כתובת: שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון	מיקוד: 7591560		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לדבריה עברה תאונת דרכים ב-02.01.2025 עברה לבית חולים אסף הרופא בבדיקתה במיון לא אובחן חוסר נאורולוגי או הגבלה בתנועה/נמצאה רגישות מקומית צילום עש צוארי לא אובחן ממצא חבלתי היום מתלוננת על כאבים לאורך כל עמוד השדרה

ממצאים: ללא חסר נאורולוגי כאבים בין השכמות בכיפוף קידמי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- BACK PAIN

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: לטיפולכם המסור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/01/2025 עד תאריך - 11/07/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

12/01/2025

תאריך

חתימה וחוקמת

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.

שרון

חבר 33538869 0 ניב

מיקוד: 75913

שולמית אלוני 11 ראשון לציון

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך

רשימת תורים

שעה בפועל	מקצוע/ סוג מכון	רופא/ מכון שמשוני ליאת	שעה	תאריך	יום
	סטט. זימון	פיזיותרפיה	14:20	12/01/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		בדיקה דחופה-פיזיותרפיה	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	12/01/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	19/01/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	26/01/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	9/02/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	16/02/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	נברו אלון	15:00	23/02/25	א
	בוצע זמון	טלפונים 03-9533000 3555*		ק-מטפל... פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	

*** סוף הדו"ח ***



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת קרן
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

ת.ז.: 9-3353886

שם: ניב שרון

טלפון: 050-5888592

כתובת: שולמית אלוני 11/86 ראשון לציון 7591560

מין: נ

גיל: 48 ש

מקרה: 35259022

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת CT

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT עמוד שדרה גבי, ללא חומר ניגוד	17:13	15/01/2025

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

קיים פיענוח במערכת.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר קואסמה פראס	130095	41500	04/02/2025	13:34

תאריך הקלדה: 04/02/2025



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת קרן
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

ת.ז.: 3353886-9

שם: ניב שרון

טלפון: 050-5888592

כתובת: שולמית אלוני 11/86 ראשון לציון 7591560

מין: נ

גיל: 48 ש

מקרה: 35259022

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת CT

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד	17:13	15/01/2025

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

ע"ש צווארי-גבי:

=====

התוויה: בירור כאבים לאחר תאונת דרכים.

ממצאים:

שינויים ניווניים במבנה הגרמי.
יישור לורדוזיס צווארי.

הנמכה בגובה הדיסק, ארטרופתיה במפרקים האונקו-ורטברליים דו"צ ושינויים
ספונדילוטיים בלוחיות הסמוכות בגבהים C5-C7.

אוסטיאופיטים קדמיים במספר חוליות, עם התחלה DISH בגבהים D5-D11.

עקמת גבית קלה קמורה לשמאל.

ללא עדות למסה פאראורטברלית.

ללא עדות לנגעים הרסניים.

ללא שבר או פריקה.

בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים:

C5-C6: דיסק אוסטיאופיט קומפלקס דיפוזי גורם ללחץ קל על השק הטקאלי עם היצרות של הנוירופוראמינה משמאל.

C6-C7: דיסק אוסטיאופיט קומפלקס דיפוזי גורם להיצרות קלה של הנוירופוראמינה משמאל.

ללא בלט או בקע דיסק משמעותי בשאר הגבהים בע"ש צווארי-גבי.

לסיכום:

שינויים ניווניים ודיסקופתיים כמפורט.

ממצא לוואי:

גוש הטרוגני באונה הימנית של בלוטת התריס בגודל כ- 2.2*2.5 ס"מ בחתכים אקסיאליים ובאורך כ- 3 ס"מ בחתכים סגיטלים, להערכה סונוגרפית וייעוץ אנדוקרינולוגי.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר קואסמה פראס	130095	41500	04/02/2025	13:34



תאריך הקלדה: 04/02/2025

תאריך: 13/03/2025

מכבי שירותי בריאות

שמשוני-ליאת(מגדלי שמש)

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

פיזיותרפיה



091023

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-9533000

פקס: 073-2284401

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (קומה שמינית)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 33538869

שם פרטי: שרון

שם משפחה: ניב

טל.עבודה/נייד: 0505888592

טלפון: 039623811

מין: נ

ת.לידה: 16/10/1976



0033538869

שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון

כתובת:

מיקוד 7591560

סיכום טיפול פיזיותרפיה

13/03/2025

תאריך הפקדה:

33538869

ת"ז:

לכבוד דר' דר' בין אברהם

מר/ת

ניב שרון

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CERVICALGIA • BACK PAIN •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
מודעות תרגול אקטיבי כהתמודדות עם כאבי שרירים כללים לאחר תנועת הדיפה קדימה (רכב פגע בדלת הרכב בעת עמידתה)			12/01/2025

טופל החל מ- 12/01/2025

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפול שכלול:

Therapeutic Exercises-

GROUP CLOSED

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
REFER GROUP THERAPY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

ה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות:

לא
ידוע/
לא
רלוונטי

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: המטופלת תתרגל כפי שהודרכה ויודעת.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

לכבוד רב,

חתימה

תאריך: 27/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. חרם חסנה



018667

קוד הפניה: 474692307



טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

אברהם

ארתופדיה | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כיורוגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 33538869

שם פרטי: שרון

שם משפחה: ניב

טל. עבודה/נייד: 0505888592

טלפון: 03-9623811

ת.לידה: 16/10/1976



0033538869

מיקוד 7591560

שולמית אלוני 11/86, ראשון לציון

כתובת:

התייעצות מומחה

במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

מירפאת כאב

מרפאה:

בביקור בתאריך 12/01/2025 בשעה 09:10:19

תלונות:

לדבריה עברה תאונת דרכים ב-02.01.2025 עברה לבית חולים אסף הרופא בבדיקתה במיון לא אובחן חוסר נאורולוגי או הגבלה בתנועה/נמצאה רגישות מקומית צילום עש צוארי לא אובחן ממצא חבלתי היום מתלוננת על כאבים לאורך כל עמוד השדרה

בביקור בתאריך 09/02/2025 בשעה 12:08:18

בביקור בתאריך 27/01/2026 בשעה 17:30:15

ממצאים: בביקור בתאריך 12/01/2025 בשעה 09:10:19

ללא חסר נאורולוגי כאבים בין השכמות בכיפוף קידמי

בביקור בתאריך 09/02/2025 בשעה 12:08:18

CT עש צוארי שינויים שחיקתיים עם הצרות ואוסטאופיטים C5-C7 ובעש טורקלי שינויים שחיקתיים לאורך עש טורקאלי מתלוננת על הרדמות האצבעות

בביקור בתאריך 27/01/2026 בשעה 17:30:15

בביקור בתאריך 09/02/2025 בשעה 12:08:18

בביקור בתאריך 27/01/2026 בשעה 17:30:15

לנל עדין כאבים ומוגבלות בתנועות ובתיפקוד הפזיטרפיה ללא הועיל

אבחנות:

- CERVICALGIA
- BACK PAIN

- THYROID NODULE (04/2025)

ד"ר בילי א. אורטופד מומחה 11/10/2025

מעשית: לא

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לטיפולכם הדחוף

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 24 עד 24)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בראשון לציון

ניב שרון - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, ניב שרון מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת המרכז הרפואי "שמיר", בצריפין, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 26 עד 27)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה		שם פרטי		נב	שרון
שולמית אלוני		11		ראשון לציון	
רחוב		מס'		עיר	שם האב
				מיקוד	טלפון

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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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:

חלק ב'

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

רופאים: _____

מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 19.3.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

X _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אניאל פרידלנד, עו"ד
מ.ר. 82254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, שרון ניב

ת.ז. ח.פ. מס' 33538869, מרחוב שולמית אלוני 11 ראשון לציון

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד 2.1.25 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.

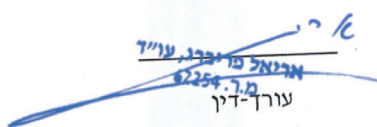
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 19 לחודש 3 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין