

יואב צבי גוש ועדי גוש

סיכום תיק תקצירי

מועד התאונה
12.02.2026

רכב מתועד
Hyundai IONIQ 5 Premium, שנת 2025

נהג לפי מסמך המיון
יואב צבי גוש

נוסעת לפי מסמך המיון
עדי גוש

חבות וכיסוי ביטוחי

רישיון הרכב מתייחס ליונדאי IONIQ 5 Premium הרשום על שם יואב צבי גוש. צורפה תעודת ביטוח חובה של ביטוח ישיר, לתקופה 25.07.2025-31.07.2026; מועד התאונה 12.02.2026 מצוי בתוך תקופת הביטוח המופיעה בתעודה.

רפואי - יואב

ביום התאונה נבדק יואב במיון רמב"ם לאחר תאונת דרכים. במסמך נרשם כי היה נהג חגור, ללא פתיחת כריות אוויר וללא אובדן הכרה. האבחנה: **Whiplash injury**. בבדיקה לא תועד חסר מוטורי או תחושתית בפיזור L2-S1 ו-C5-T1, הכוח תועד 5/5 והרפלקסים תקינים. שוחרר לביתו עם המלצות למעקב, מנוחה קצרה, טיפול נגד כאב וחימום מקומי. בסיכום הפיזיותרפיה מיום 18.05.2026 צוין טיפול בעקבות תאונת הדרכים, תחילת טיפול 25.03.2026, שמונה ביקורים, חזרה חלקית לפעילות והשגת מטרות חלקית. תועדו תלונות על כאבי גב תחתון, בעיקר בבוקר ובישיבה ממושכת, לרבות נהיגה ומעברים מישיבה לעמידה.

רפואי - עדי

ביום התאונה נבדקה עדי במיון רמב"ם לאחר תאונת דרכים. במסמך נרשם כי הייתה נוסעת חגורה, ללא פתיחת כריות אוויר וללא אובדן הכרה. גם אצלה נרשמה אבחנת **Whiplash injury**, ללא חסרים מוטוריים או תחושתיים מתועדים, ושחרור עם טיפול שמרני ומעקב. ביום 04.05.2026 תועדה פנייה למכון שמיעה עם אבחנת **Tinnitus** והפניה לבדיקת שמיעה. המסמך עצמו אינו קובע קשר סיבתי בין הטנטון לבין התאונה.

ביטוח לאומי: בחומר שהועבר כעת אין מסמכי ביטוח לאומי. לכן לא ניתן לקבוע מתוך החומר האם הוגשה תביעה למל"ל או האם התאונה הוכרה כתאונת עבודה.

תוכן עניינים

1	סיכום תיק תקצירי
2	תוכן עניינים
3	חבות ומסמכי תאונה
4	רישיון רכב - Hyundai IONIQ 5
5	תעודת ביטוח חובה - ביטוח ישיר
7	רישיון נהיגה - יואב גוש
8	תעודת זהות - יואב גוש
9	רישיון נהיגה - עדי גוש
10	תעודת זהות - עדי גוש
11	מסמכי משרד וייצוג
12	הסכם ונספחי ייצוג - יואב גוש
17	הסכם ונספחי ייצוג - עדי גוש
22	ביטוח לאומי
23	רפואי - יואב גוש
24	רמב"ם - מיון, 12.02.2026
27	סיכום פיזיותרפיה, 18.05.2026
28	רפואי - עדי גוש
29	רמב"ם - מיון, 12.02.2026
32	מכון שמיעה, 04.05.2026

חבות ומסמכי תאונה

מסמכי הרכב והכיסוי הביטוחי, רישיונות הנהיגה ותעודות הזהות של המעורבים שהועברו בתיק.

חבות

מועד התאונה: 12.02.2026



רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה. עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודת
מזהה רשמית
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

מספר רכב	סוג	בתוקף עד
31755904	M1 פרטי נוסעים	16/07/2026
בעלים	מספר זהות	03904518-2
גוש יואב צבי	תאריך הדפסה	16/12/25
ת"ד 3241 רמת ישי	תאריך בעלות	17/07/25
מקור	בעלים קודמים	00
תאריך רישום	מועד עליה לכביש	07/2025
רישום מקורי	מספר שילדה	KMHKM81B9SU332733
מקומות ישיבה למעט הנהג	תוצר מנוע	יונדאי מוביס
סוג דלק	נפח	1
חשמל	דגם מנוע	EM17
צמיג קדמי	מספר מנוע	EM17R780131D
צמיג אחורי	צבע	בז מטאלי
משקל כולל	הנעה	4X2
משקל מורשה	משקל עצמי	2470
	וו גרירה	אין
	רוחק סרנים	0
	רשיון נהיגה מתאים	B
	רמת אבזור בטיחותי	7
	דרגת זיהום אויר-רכב נקי	

בעלים נוספים:

תוצר	יונדאי קוריא	דגם	B18MK	מרכב	VPM
כינוי מסחרי	IONIQ5	רמת גימור	PREMIUM FL	קבוצת רישוי	5
הספק (כ"ס)	170.00	כריות אוויר	7	אבזר	כן
בקרית יציבות	כן	דרגת זיהום אוויר		חלון בנג	24-0499
קוד	00481-0459	הוראת רישום		קוד	

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

שעבוד לכלמוביל פתרונות מימ
פטור מנשיאת גלגל חילוף
חובת ערכת תיקון תקר

ת.תשלום 01/08/25 סך 2722.00 ש"ח; ת.מבחן 17/07/25
רשומון יבוא 370459902

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

31755904-26-9

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



בעל הרכב

גוש יואב צבי
ת"ד 3241
רמת ישי

מספר הרכב
31755904-26-9

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור



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 ישי service@yashir.co.il		תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ל-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
מהדורה 04/24		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.	
יואב גוש היקניטון 22 רמת ישי 3006022 שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אך לא לפני:	
039045182 1867040800/5		31/07/2026 25/07/2025	
יונדאי יונדאי איוניק 5 PREMIUM שם היצרן והדגם		2025 0 שנת הייצור / מועד העלייה לכביש	
62-24112 קוד מוטב		31755904 מספר הרישוי של הרכב (או מספר הרישום)	
פרטי סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)		23/07/25 12:58 תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו	
1673 סכום דמי הביטוח		א.י.ד.י.איי בע"מ שולם 1673 ש"ח באמצעות בנק מזרחי חן 047194-23/07/2025 12:58	
ביטוח ישי service@yashir.co.il		הודעת זיכוי לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ל-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
יואב גוש היקניטון 22 רמת ישי 3006022 שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אך לא לפני:	
039045182 1867040800/5		31/07/2026 25/07/2025	
יונדאי יונדאי איוניק 5 PREMIUM שם היצרן והדגם		2025 0 שנת הייצור / מועד העלייה לכביש	
62-24112 קוד מוטב		31755904 מספר הרישוי של הרכב (או מספר הרישום)	
פרטי סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)		23/07/25 12:58 תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו	
1673 סכום דמי הביטוח		א.י.ד.י.איי בע"מ שולם 1673 ש"ח באמצעות בנק מזרחי חן 047194-23/07/2025 12:58	

ביטוח
ישי

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

ביטוח
ישי

03-5555555

מטרות השימוש המותרות

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

- (1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבטח, שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה;
- (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת;
- (4) מטרה 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 חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק. לענין זה, "חוזה שכירות" – למעט חוזה ליסינג-תפעולי או חוזה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימוני);

(1) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן – חוק הנהיגה הספורטיבית) ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצן 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 כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברישיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה*, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

• הכל בכפוף לקיום תנאי סעיף 8 לפוליסה.

הרחבות

היקף הכיסוי, הסיכונים והחביות המבטחים הנם בהתאם לתנאי הפוליסה, ללא הרחבות כלשהן.

בעל הפוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבתה בהודעה למבטח; תקופת ההשבתה תסתיים במועד המצויין בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשבתה לא יהיה למפרע.

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



גוש
1. GOSH

יואב צבי
2. YOAV ZVI

3. 02.02.1983

4a. 12.02.2018

4b. 02.02.2028

4d. 8310423

5. ID 039045182

5182

8. ת"ד 3241 רמת ישי

9. B

5182

רשאי לנהוג בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל

משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות
بطاقة هوية



שם המשפחה
גוש

השם הפרטי
יואב צבי

תאריך הלידה
י"ט בשבט התשמ"ג

02.02.1983

תאריך הנפקה
י"ט באדר א' התשפ"ב

20.2.2022

בתוקף עד סארי המפעול
ה' באדר התשצ"ב

17.02.2032

מספר הזהות
0 3904518 2

0 3904518 2



0 3904518 2



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



גוש
1. GOSH

עדי
2. ADI

3. 31.01.1983

4. י"ז בשבט התשמ"ג

4a. 16.01.2019

4b. 31.01.2029

4d. ID 039045000

5. 8369348

5000

8. ת"ד 3241 רמת ישי

5000

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

9. B



מסמכי משרד וייצוג

הסכמי שכר טרחה ונספחי הייצוג שנמסרו עבור כל אחד מן הלקוחות.

ייצוג

מסודר לפי לקוח

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 22 בחודש 2 שנה 2026

בין : יואב גוש (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצ"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪600 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,200 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בורות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____,

ת.ז. ח.פ. מס' _____, מרחוב _____,

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 22 לחודש _____ 02 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

גוש	יואב	יהושע	שם משפחה	שם פרטי
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם האב	שם האב
יקינטון	11	רמת ישי	039045182	0506222708
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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: _____ מכבי _____ סניף: _____ טבעון _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ 7167382 _____ שם קופ"ח קודמת: _____ כללית _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ יואב גוש _____ בעל ת.ז. _____ 039045182 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: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X  _____

חתימה

אישור

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

_____ חתימת עורך הדין

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 22 בחודש _____ שנה 2 _____ 2026

בין : עדי גוש _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪600 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,200 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בורות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____,

ת.ז.ח.פ. מס' _____, מרחוב _____,

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 22 לחודש _____ 2 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

גוש שם משפחה	עדי שם פרטי	039045000 תעודת זהות	יצחק שם האב
יקינטון רחוב	11 מס'	3009500 מיקוד	0506222708 טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו 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: _____ מבכי _____ סניף: _____ טבעון _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

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

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ עדי גוש _____ בעל ת.ז. _____ 039045000 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: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X  _____
חתימה

אישור

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

_____ חתימת עורך הדין

ביטוח לאומי

לא הועברו במסגרת החומר הנוכחי מסמכים מן המוסד לביטוח לאומי. השער נשמר כדי לשמור על מבנה תיק אחיד ולהבליט את החסר להשלמה.

ביטוח לאומי

חסר להשלמה - אם רלוונטי

יואב צבי גוש

התיעוד הרפואי מסודר בסדר כרונולוגי: ביקור במיון ביום התאונה ולאחריו
סיכום הפיזיותרפיה.

רפואי

18.05.2026 - 12.02.2026

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם

המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה

**סיכום מלר"ד/ השהיה 12607165**

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



זכר, גיל בקבלתו: 43, ת.לידה: 02/02/1983

3904518-2 שגיאה יואב צבי

זייד אלכסנדר 72, חיפה 2630123, 048720602, שם האב: יהושע, ארץ לידה: ישראל

כללית

שעת קבלה 21:26

12/02/2026

תאריך קבלה

הופנה לביתו

12/02/2026

תאריך שחרור

אבחנות

WHIPLASH INJURY, NOS

84701

סימנים**סימנים**

בדיקה יח מידה ערכי יחוס	סימנים	מצב הכרה	PO חום מעלות	חום כללי מעלות	דופק bpm	סיסטולי mmHg	דיאסטולי mmHg	VAS כאב	סטור. באוויר %		
		-	35.5-37.5	35.5-37.5	60-100	90-140	60-80	0-10	89-		
12/02/2026 21:43	סימנים	מלא	36.8	36.8	77	109	79	3	98		

סימנים מקוצרים

בדיקה יח מידה ערכי יחוס	סימנים	מצב הכרה	PO חום מעלות	חום כללי מעלות	דופק bpm	סיסטולי mmHg	דיאסטולי mmHg	VAS כאב	סטור. באוויר %		
		-	35.5-37.5	35.5-37.5	60-100	90-140	60-80	0-10	89-		
12/02/2026 21:43	סימנים	מלא	36.8	36.8	77	109	79	3	98		

ד"ר מנסור בוטרוס

אורתופד

אנמנזה

בן 43 בריא בד"כ
הגיע למיון עקב מעורבות בתאונת דרכים ישב ליד הנהג היה חגור, ללא פתיחת כריות אוויר
ללא איבוד הכרה, ללא איבוד שליטה על סוגרים.

בבדיקתו:

עמידה והליכה תקינות על שתי הרגליים, כולל על עקבים ובהונות.
עמ"ש- ללא סימני חבלה או דפורמציות, ללא רגישות מרכזית במישוש עמוד השדרה לכל
אורכו, רגישות פרא-וורטברלית צווארית דו"צ, טווחי תנועה בצוואר וגב בגדר הנורמה.
ללא חסרים מוטוריים או סנסוריים בפיזור C5-T1 ו-L2-S1, כוח גס 5/5 בכל קבוצות
השרירים, דפקים פריפריים נימושו תקינים.

משוחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

אבחנות

אבחנות

אבחנות

WHIPLASH INJURY, NOS

84701

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם

המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה



סיכום מלר"ד / השהיה 12607165

זכר, גיל בקבלתו: 43, ת.לידה: 02/02/1983

3904518-2 שגיא יואב צבי

סטטוס ב.הרופא

באישור ד"ר כרכבי איהאב

המלצות

במידה של החמרה במצב יש להפנות מיד לרופא..
לקבלת העתק דיגיטלי של בדיקות ההדמיה אנא פנה למזכירות מכון הרנטגן בימים א'-ה'
בשעות 08:00-14:00.
- מעקב רופא מטפל בקהילה
- חופשת מחלה למשך 3 ימים
- תרופות לשיכוך כאב על פי הצורך
- חימום מקומי
- בכל מקרה של חולשת גפיים, חסר תחושותי חדש, אובדן שליטה על סוגרים או הפרעות
במתן שתן יש לפנות לרופא בדחיפות

שחרור מהמלר"ד

..לביתו

בהתייעצות ואישור מורשה שחרור מהמלר"ד (כונן/תורן בכיר) כרכבי איהאב ד"ר

המלצות ופרטי שחרור

דיון וסיכום

סטטוס ב.הרופא

באישור ד"ר כרכבי איהאב

המלצות

המלצות

במידה של החמרה במצב יש להפנות מיד לרופא..
לקבלת העתק דיגיטלי של בדיקות ההדמיה אנא פנה למזכירות מכון
הרנטגן בימים א'-ה' בשעות 08:00-14:00.
- מעקב רופא מטפל בקהילה
- חופשת מחלה למשך 3 ימים
- תרופות לשיכוך כאב על פי הצורך
- חימום מקומי
- בכל מקרה של חולשת גפיים, חסר תחושותי חדש, אובדן שליטה על סוגרים או הפרעות
במתן שתן יש לפנות לרופא בדחיפות

כרכבי איהאב ד"ר

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם
המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה



סיכום מלר"ד/השהיה 12607165

זכר, גיל בקבלתו: 43, ת. לידה: 02/02/1983

3904518-2 שגיאת יואב צבי

ד"ר בוטרוס מנסור
מס.רשיון: 189373

מאשר

ד"ר בוטרוס מנסור
מס.רשיון: 189373

מסכם



לבדיקת זכויותיכם אחרי אשפוז כנסו לאתר "כל זכות", אתר הזכויות של ישראל www.kolzchut.org.il



לצפייה בתיק הרפואי האישי שלך, כנס לאתר Rambam4U בכתובת www.rambam.org.il ולחץ על "צפייה במסמכים רפואיים".

תאריך: 18/05/2026

מ.ר. גורם מפנה



163608

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

16/08/2026

טלפון: 04-8781555

פקס: 073-2284302

כתובת: שד בן גוריון 80, קריית מוצקין

גוזי נועם אמי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 39045182

שם פרטי: יואב צבי

שם משפחה: גוש

טל.עבודה/נייד: 0506222708

מין: ז

ת.לידה: 02/02/1983



מיקוד 3006011

כתובת: היקינטון 11, רמת ישי

0039045182

סיכום טיפול פיזיותרפיה

18/05/2026

תאריך הפקד:

ד"ר אבו שקארה סוהיי

לכבוד דר'

39045182

ת"ז:

גוש יואב צבי

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ROAD ACCIDENT

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
יואב יעמוד 15 ד' ביתר קלות			25/03/2026
יבצע הליכות עם פחות כאבי גב וצוואר			25/03/2026
ילמד לשבת נכון מול מחשב			25/03/2026

טופל החל מ- 25/03/2026

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

GROUP OPEN

בטיפולים שכללו:

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

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

הערות:

לאחר ת"ד 02.26

לאחר טיפולי פיזיותרפיה פרטניים וקבוצתיים.

מגמת הטבה.

סובל מכאבי בעמ"ש בעיקר בשעות הבוקר עם הגבלה בטווחים.

מתקשה בישיבה ממושכת 20-30 דקות כולל נהיגה, ובמעברים ישיבה-

עמידה.

לעיתים מגביל אותו בזמן עבודתו (ישיבה, עבודה שדורשת ריכוז).

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: קרית מוצקין-מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: גוזי נועם אמי

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה

דף 1

עדי גוש

התיעוד הרפואי מסודר בסדר כרונולוגי: ביקור במיון ביום התאונה ולאחריו תיעוד ממכון השמיעה.

רפואי

04.05.2026 - 12.02.2026

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם
המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה



סיכום מלר"ד / השהיה 12607155

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



31/01/1983 ת.לידה: 43, נקבה, גיל בקבלתה: 3904500-0 גוש עדי

מכבי היקניטון 11, רמת ישי 3006011, 0508910214, שם האב: יצחק, ארץ לידה: ישראל

שעת קבלה 21:04

12/02/2026

תאריך קבלה

הופנה לביתה

12/02/2026

תאריך שחרור

אבחנות

WHIPLASH INJURY, NOS

84701

פריחה מפושטת - Penicillin (Penicillin G SHORT acting (benzylpenicillin))
ועלית חום
לא ידועה רגישות ליוז

רגישויות

סימנים

סימנים

בדיקה	מצב הכרה	חום PO	חום כללי	דופק	סיסטולי	דיאסטולי	VAS כאב	סטור. באוויר		
יח מידה	-	מעלות	מעלות	bpm	mmHg	mmHg	-	%		
ערכי יחוס	-	35.5-37.5	35.5-37.5	60-100	90-140	60-80	0-10	89-		
12/02/2026 21:10	סימנים	מלא	36.8	36.8	70	131	94	1	100	

סימנים מקוצרים

בדיקה	מצב הכרה	חום PO	חום כללי	דופק	סיסטולי	דיאסטולי	VAS כאב	סטור. באוויר		
יח מידה	-	מעלות	מעלות	bpm	mmHg	mmHg	-	%		
ערכי יחוס	-	35.5-37.5	35.5-37.5	60-100	90-140	60-80	0-10	89-		
12/02/2026 21:10	סימנים	מלא	36.8	36.8	70	131	94	1	100	

ד"ר מנסור בוטרוס

אורתופד

אנמנזה

בת 43, אלרגיה לפנצילין
ברקע - פסוריאזיס

הגיעה למיון עקב מעורבות בתאונת דרכים כנהגת תגורה, ללא פתיחת כריות אוויר, ללא איבוד הכרה, ללא איבוד שליטה על סוגרים.

בבדיקתה:

עמידה והליכה תקינות על שתי הרגליים, כולל על עקבים ובהונות.

עמ"ש - ללא סימני חבלה או דפורמציות, ללא רגישות מרכזית במישוש עמוד השדרה לכל אורכו, רגישות פראוורטברלית צווארית מצד שמאל ומותנית מצד ימין מצד ימין טווחי תנועה בצוואר וגב בגדר הנורמה.

ללא חסרים מוטוריים או סנסוריים בפיזור C5-T1 ו-L2-S1, כוח גס 5/5 בכל קבוצות הרשרים, דפקים פריפריים נימושו תקינים.

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם

המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה



סיכום מלר"ד / השהיה 12607155

נקבה, גיל בקבלתה: 43, ת. לידה: 31/01/1983

3904500-0 גוש עדי

משוחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

אבחנות

אבחנות

אבחנות

84701

WHIPLASH INJURY, NOS

סטטוס ב.הרופא

באישור ד"ר איהאב כרכבי

המלצות

במידה של החמרה במצב יש להפנות מיד לרופא..
לקבלת העתק דיגיטלי של בדיקות ההדמיה אנא פנה למזכירות מכון הרנטגן בימים א'-ה'
בשעות 08:00-14:00.
- מעקב רופא מטפל בקהילה
- חופשת מחלה למשך 3 ימים
- תרופות לשיכוך כאב על פי הצורך
- חימום מקומי
- בכל מקרה של חולשת גפיים, חסר תחושת חדש, אובדן שליטה על סוגרים או הפרעות
במתן שתן יש לפנות לרופא בדחיפות

..לביתו

שחרור מהמלר"ד

בהתייעצות ואישור מורשה שחרור מהמלר"ד (כונן/תורן בכיר) כרכבי איהאב ד"ר

המלצות ופרטי שחרור

דיון וסיכום

סטטוס ב.הרופא

באישור ד"ר איהאב כרכבי

המלצות

המלצות

במידה של החמרה במצב יש להפנות מיד לרופא..
לקבלת העתק דיגיטלי של בדיקות ההדמיה אנא פנה למזכירות מכון
הרנטגן בימים א'-ה' בשעות 08:00-14:00.
- מעקב רופא מטפל בקהילה
- חופשת מחלה למשך 3 ימים
- תרופות לשיכוך כאב על פי הצורך
- חימום מקומי
- בכל מקרה של חולשת גפיים, חסר תחושת חדש, אובדן שליטה על סוגרים או הפרעות
במתן שתן יש לפנות לרופא בדחיפות

כרכבי איהאב ד"ר

ת.ד 9602, חיפה 31096
טל': 04-7772214/2739
פקס: 04-7772307

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם
המחלקה לרפואה דחופה
מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר אלכסנדר סטריז'בסקי
אח אחראי: רביע סלאמה



סיכום מלר"ד/ השהיה 12607155

נקבה, גיל בקבלתה: 43, ת. לידה: 31/01/1983

3904500-0 גוש עדי

ד"ר בוטרוס מנסור
מס.רשיון: 189373

מאשר

ד"ר בוטרוס מנסור
מס.רשיון: 189373

מסכם



לבדיקת זכויותיכם אחרי אשפוז כנסו לאתר "כל זכות", אתר הזכויות של ישראל www.kolzhut.org.il



לצפייה בתיק הרפואי האישי שלך, כנס לאתר Rambam4U בכתובת www.rambam.org.il ולחץ על "צפייה במסמכים רפואיים".

תאריך: 04/05/2026

מ.ר. גורם מסנה



0027963255



034112

קוד הפניה: 488672894



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

04/05/2026

ד"ר סגל יוסף

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה בא.א.ג. ולייזרנית ראש צוות

טלפון: 04-9037700

פקס: 073-2284305

כתובת: הרימונים 1, קריית טבעון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: גוש	שם פרטי: עדי	ת.ז.: 39045000
ת.לדה: 31/01/1983	מ.י.נ:	טלפון: 0508910214	טל.עבודה/נייד: 0508910214
כתובת: היקנטון 11, דמת-ישי	מיקוד: 3006011		

מכון שמיעה

שם המכון: מכון מכבי: מכבי גרנד קניון, שמחה גולן 54 חיפה, 3555, 04-8796950. מכבי מף הגליל, מעלה יצחק 14, 04-8508888 / 3555. מכבי כרמיאל השושנים 128, 3555, 04-9027222. מכון המדר: מכון צליל, השמורה 2, זכרון יעקב 04-6397678. מכון שמיעה אסף עפולה 04-6592777. מדטכניקה, הניבורים 67, חדרה 04-8225223. המרכז לרפואת האוזן, קניון סינמול 077-3688058. יש לקבוע תור לביקורת במועד שלאחר הבדיקה. בדיקות ממכונת הסדר - יש להביא התשובה המודפסת לבדיקת הביקורת. במידה ונדרש מכשיר שמיעה יש לבצע במכון מכבי בלבד ולא במכון הסדר

תלונות: תד 12.2.25 תאונת שרשרת. לא נפתחו כריות אויר בהמשך חשה טנטון בתחילה משמאל וכעת גם מימין

ממצאים: אחזיים - אפרנסות, תעלות ותופיות - תקינות

אבחנה:

• TINNITUS

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (04/2021)
- PSORIASIS (02/1990)
- OVERWEIGHT (07/2025)

הבדיקה הדרושה	טימפנומטריה
92567	
92557	בדיקת שמיעה לילדים מעל גיל 5 ולמבוגרים

גא להצטייד בכרטיס מגנטי

04/05/2026

חתימה וחומתת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

ליזמון 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 - 04/05/2026 עד תאריך - 31/10/2026