

תאריך חתימת המסמך : 1.9.26

התובעת : **נורית שמחי, ת"ז 055885735**
מוטה גור 5, גבעת שמואל
טל' : 050-5919641

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

– נ ג ד –

הנתבעת : **איי.אי.ג'י חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב הסיבים 25, פתח תקווה 4910001
טל' : 1800-400400
דוא"ל : service@aig.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 3.6.1959, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מספר רישוי 201-92-504 (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 תעודת חובה, רישיון רכב ותמונת הרכב שצולמה בזירה, מסומנים "**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. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקף עבודתה ונגרמו לה הפסדי שכר בעבר ובעתיד.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, 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 29.6.25, בסביבות השעה 15:00, או בסמוך לכך, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונת דרכים והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה החלה התובעת לסבול מסחרחורות ומכאבים בצוואר ובגב, היא שהתה במנוחה בביתה, בתקווה שמדובר בכאבים שיחלפו. אולם כעבור יומיים, נוכח הימשכות הסחרחורות והחמרת הכאבים וההגבלה בצוואר ובגב תחתון עם הקרנת הכאב לירך ימין, היא פנתה לקבלת טיפול במוקד לרפואה דחופה בקהילה, לאחר בדיקות דימות שוחררה לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב ומנוחה.
9. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבי גב תחתון וירך ימין, טופלה במסגרת קופת החולים והופנתה לבדיקות דימות נוספות, טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ונוגדי דלקת והמשך מעקב אורתופדי.

10. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ונותרה עם כאבים והגבלה בתנועות השכמות והגב תחתון והוחלט להפנותה לטיפול לשיכוך כאב לצד המשך טיפול אורתופדי ומשלים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

11. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, השכמות, הגב וירך ימין מקושי בישיבה, מקושי בכיפוף והטיה, מקושי בהרמה ונשיאה, מקושי בשכיבה, מקשיי שינה והירדמות, היא נזקקת למעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב וטיפול תרופתי ותיזקק לכך גם בעתיד.

12. התובעת, עובדת ב****, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת וריכוז מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה ונגרמו לה הפסדי שכר.

13. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת, בניהול משק ביתה ובטיפול בילדיה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

14. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

15. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|--------------|---|
| נזק 45,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| נזק 15,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| נזק 4,800 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| נזק 7,920 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

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:



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

17. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת 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: (9) תמונות נוק רכב (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תיעוד רפואי (עמודים 13 עד 27)	13
נספח 3: טופס 1 אורתופדי (עמודים 29 עד 29)	29
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 31 עד 33)	31

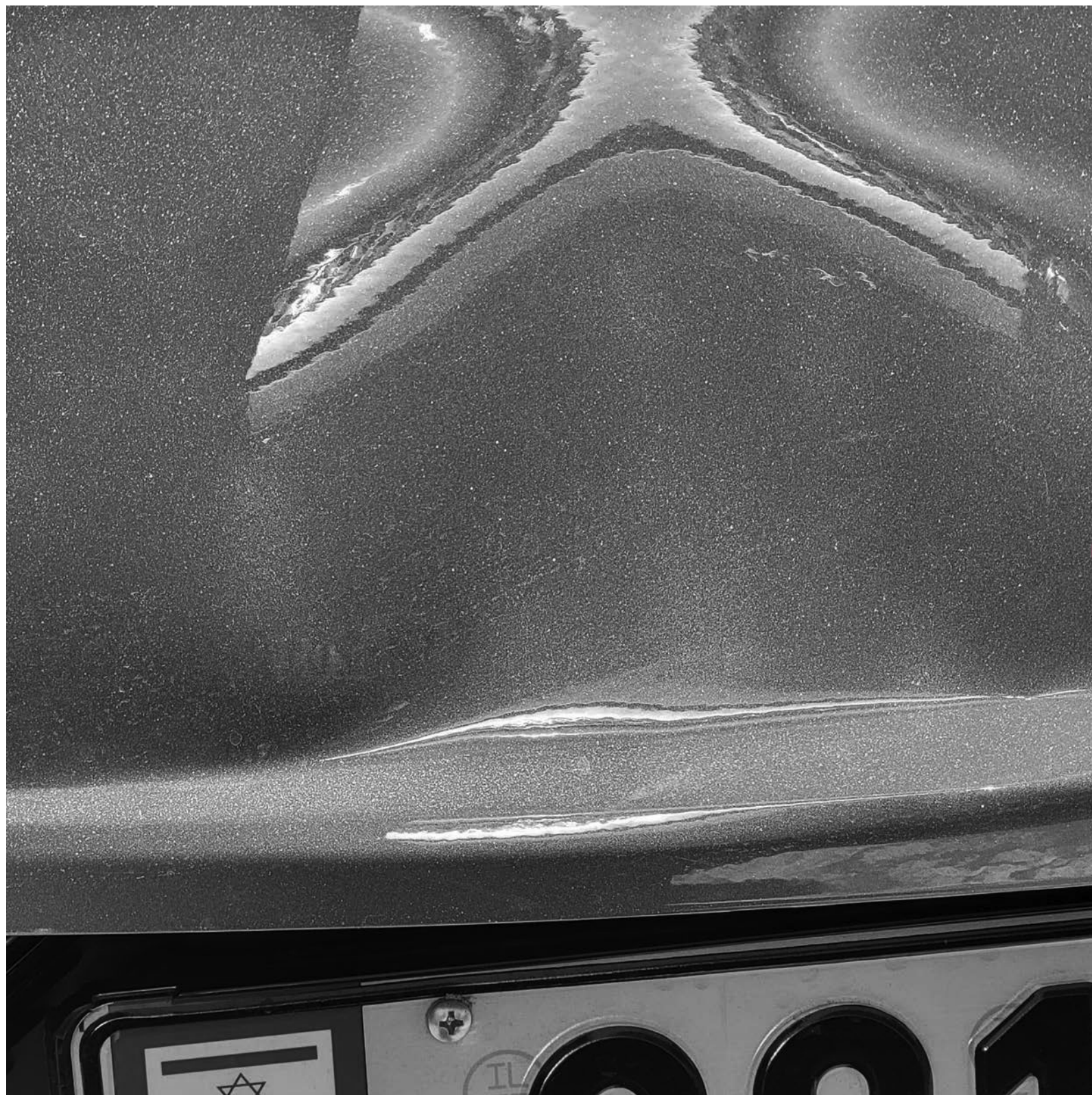


נספח 1 :

(9)תמונות נזק רכב

(עמודים 7 עד 11)









שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 5175 מרפאת קניון הכיכר

תאריך: 14/01/26
שעה : 17:01

מקור

קבלה: 00007683

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0005588573 שמחי נורית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

קוד	תאור	תאריך ביקור	לתשלום
58	אורטופדיה	14/01/26	30.00
		סה"כ לתשלום:	30.00
			30.00
			30.00
			סה"כ שולם במזומן
			סה"כ שולם:

קופאי: 2853 - 8 נחמני נעם

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

033450275 60 0321274 11111111

שולם באמצעות בנק המזרחי חשבון: 408-103755 חתימה וחומת הבנק א.א.י.ג. ישראל חברה לביטוח בט	מטרת השימוש מותרות ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעובר לדרך בני אדם הרשאים להנהיג ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעובר לדרך	אני מאשר/אנו מאשרים בזה כי הפילסה שתשוער זו שייכת לה חשבוט לפי הוראות פקודת הביטוח <i>א.א.י.ג. ישראל חברה לביטוח בט</i>
--	--	--

נספח 2 :

תיעוד רפואי

(עמודים 13 עד 27)



11:32 תאריך: 01/07/2025

הפניה למיון

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: שמחי נורית
מס זהות: 00055885735
גיל: 66.01 מין: נ
ת.לידה: 03/06/1959
מס בית: 5
גבעת שמואל ישוב: גבעת שמואל
טלפון: 50-5919641
טלפון נוסף: 50-5919641
רחוב: מוטה גור

מספר הפניה: 35966036206

מספר רשיון
תז נבדק
מספר הפניה
גורם שולח



5966



035966036206



55885735



159595

לכבוד: מיון - דחוף

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7840		HEADACHE
7245		BACKACHE

תלונות: שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורת (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27
לחץ דם 146 / 90 01/01/2025
דופק 85 24/12/2024

23/06/2025 מתאריך 92.77 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: הפניה למיון
מרשם

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		VARICOSE VEINS
01/05/2008	mild by echo	MITRAL INSUFFICIENCY
02/02/2015		FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
04/03/2020	IV ACLASTA 8/22	OSTEOPOROSIS
23/06/2021		BREAST CYST BENIGN
12/10/2021		HYPERCHOLESTEROLEMIA

NO DISEASE
hernia umbilic bilater
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)

מידע ישן

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

01/07/2025

הודפס ע"י מוהב חטיב 00055885735

שמחי נורית

ריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
30/01/2019	01/09/2001		DIZZINESS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG	אחר: כאבי בטן שלשולים.	רופא

מידע ישן

לא יודע

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	מריחה		OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G
ביום	1	טיפות	2	VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT
ביום	1	טבליות	1	CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF

מטרת הבדיקה: צילומים + CT ראש

מוהב חטיב

159595

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.





015966060188

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

מס' זהות: 00055885735

גיל: 66.01 מין: נ

שמחי נורית

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 10 ימים סה"כ 1 OP

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 30/09/2025 - 01/07/2025



מס' רישיון



159595

טלפון: 03-5310760

שם מפיק/ה המרשם: מוהב חטיב

כתובת: מנחם בגין 38 - גבעת שמואל

תחום: רפואת משפחה

****נחתם דיגיטלית****

חתימה וחותמת:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

תאריך: 18/11/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם נורית	מס זהות: 00055885735	גיל: 66.06	מין: נ
ת.לידה: 03/06/1959	ישוב: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50 - 5919641		
מס בית: 5	טלפון: 50 - 5919641				

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35966041338

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78183	72100	צילום עמוד שדרה מותני אלכסוני	10301027
78001	72170	צילום אגן ופרקי ירכיים	10301059

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025:
שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורות (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.
09/07/2025
נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב כאבי גב
18/11/2025
כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד ב-29.6.25

סימנים חיוניים	גובה 160	נמדד ב: 13/03/2024	משקל 57	נמדד ב: 18/04/2025	BMI 22.27
לחץ דם	90 / 146	נמדד ב: 01/01/2025			
דופק	85	נמדד ב: 24/12/2024			

23/06/2025 מתאריך: 92.77 eGFR

ממצאים עיקריים
ממצאים מתאריך 09/07/2025:
מצב כללי טוב.
לא נבדקה
18/11/2025
רגישות פראורטברלית מתני דו"צ. לסג שלילי. ללא חוסר ניורולוגי
רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7245		BACKACHE
L13	rt	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית 09/07/2025

הפניה לדימות	המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	דף 1
שם נורית	הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארנסון	18/11/2025

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025:

הפניה למיון

מרשם

ההפניות שהופקו ב 01/07/2025:

הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

09/07/2025:

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025:

טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור

18/11/2025:

צילום ע"ש מתני וירכיים

PT

טיפול סימפטומטי

ר.משלימה

אורטופד

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		VARICOSE VEINS
01/05/2008	mild by echo	MITRAL INSUFFICIENCY
02/02/2015		FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
04/03/2020	IV ACLASTA 8/22	OSTEOPOROSIS
23/06/2021		BREAST CYST BENIGN
12/10/2021		HYPERCHOLESTEROLEMIA

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG	אחר: כאבי בטן שלשולים .	רופא

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
30/01/2019	01/09/2001		DIZZINESS

CREATININE: 0.65 מתאריך 23/06/2025

נחתם דיגיטלית

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00055885735

שמחי בורית

עמוד 1 מתוך 1

24/11/2025	ת. ביצוע:	5588573-5	ת"ז:	נורית שמחי	נבדק:
24/11/2025	אישור פענוח:	66 שנים	גיל:	03/06/1959	תאריך לידה:
24/11/2025	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת הגבעה, (41330)	גורם מפנה:
				לאורה ארונסון, (25964)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 24/11/2025 11:19 מ.ג.: 1045001545555 מבצע: יהודית שדה;
צילום עמוד שדרה מותני כולל מעבר L5-S1;

ממצאים:

אין תמט חוליות.
עקמת קמורה שמאלה.
שינויים נווניים ספונדילויים קלים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/11/2025 13:08

הודפס מאתר כללית ב-25.11.2025 בשעה 07:54 בעבור נורית שמחי. תעודת זהות: 55885735.

* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 *

עמוד 1 מתוך 1

24/11/2025	ת. ביצוע:	5588573-5	ת"ז:	נורית שמחי	נבדק:
24/11/2025	אישור פענוח:	66 שנים	גיל:	03/06/1959	תאריך לידה:
24/11/2025	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת הגבעה, (41330)	גורם מפנה:
				לאורה ארונסון, (25964)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום אגן ופרקי ירכיים

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

צילום אגן ופרקי ירכיים בתאריך 24/11/2025 11:15 מ.ג. 1045001545554 מבצע: יהודית שדה;
צילום אגן ופרקי ירכיים;

ממצאים:

אין עדות לקו שבר.
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

24/11/2025 13:06

מספר רשיון: 31148

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל

הודפס מאתר כללית ב-25.11.2025 בשעה 07:55 בעבור נורית שמחי. תעודת זהות: 55885735.

* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 *

תאריך: 18/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם נורית	מס זהות: 00055885735	גיל: 66.06	מין: נ
ת.לידה: 03/06/1959	ישוב: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641		
מס בית: 5	טלפון: 50-5919641				

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35966041339

מספר הפניה:

גורם שולח



5966

מספר הפניה



035966041339

תז נבדק



55885735

מספר רשיון



025964

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025
שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישו נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורת (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.
09/07/2025
נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב כאבי גב
18/11/2025
כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד. ב-25.6.29

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27
לחץ דם 146 / 90 01/01/2025
דופק 85 24/12/2024

23/06/2025 מתאריך 92.77 eGFR

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 09/07/2025
מצב כללי טוב.
לא נבדקה
18/11/2025
רגישות פראורטברלית מתני דו"צ. לסג שלילי. ללא חוסר נירולוגי
רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7245		BACKACHE
L13	rt	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025
הפניה למיון
מרשם
ההפניות שהופקו ב 01/07/2025

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00055885735

שם נורית

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025:
טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור
18/11/2025
צילום ע"ש מתני וירכיים
PT
טיפול סימפטומטי
ר.משלימה
אורטופד

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		VARICOSE VEINS
01/05/2008	mild by echo	MITRAL INSUFFICIENCY
02/02/2015		FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
04/03/2020	IV ACLASTA 8/22	OSTEOPOROSIS
23/06/2021		BREAST CYST BENIGN
12/10/2021		HYPERCHOLESTEROLEMIA

מידע ישן:

NO DISEASE
hernia umbilic bilater
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)
S/P HERNIOTOMY LT. (1961)

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
30/01/2019	01/09/2001		DIZZINESS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG	אחר: כאבי בטן שלשולים .	רופא

רגישות לתרופות - מידע ישן

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	מריחה		OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G
ביום	1	טיפות	2	VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT
ביום	1	טבליות	1	CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ליאורה ארונסון	25964	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחזותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 18/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם נורית	מס זהות: 00055885735	גיל: 66.06	מין: נ
ת.לידה: 03/06/1959	ישוב: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641	מס בית: 5	טלפון: 50-5919641

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35966041340

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966041340



55885735



025964

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
87001	K0604	בדיקת רופא - רפואה משלימה	87001

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025

שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורת (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

09/07/2025

נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב

כאבי גב

18/11/2025

כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד. 29.6.25

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27

לחץ דם 146 / 90 01/01/2025

דופק 85 24/12/2024

23/06/2025 מתאריך 92.77 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 09/07/2025

מצב כללי טוב.

לא נבדקה

18/11/2025

רגישות פראורטברלית מתני ד"צ. לסג שלילי. ללא חוסר ניורולוגי

רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7245		BACKACHE
L13	rt	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2025

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025

הפניה למיון

1 ה.ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארנסון

00055885735

שם נורית

מרשם
ההפניות שהופקו ב 01/07/2025
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
09/07/2025

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025
טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור
18/11/2025
צילום ע"ש מתני וירכיים
PT
טיפול סימפטומטי
ר.משלימה
אורטופד

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		VARICOSE VEINS
01/05/2008	mild by echo	MITRAL INSUFFICIENCY
02/02/2015		FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
04/03/2020	IV ACLASTA 8/22	OSTEOPOROSIS
23/06/2021		BREAST CYST BENIGN
12/10/2021		HYPERCHOLESTEROLEMIA

מידע ישן:

NO DISEASE
hernia umbilic bilater
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)
S/P HERNIOTOMY LT. (1961)

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
30/01/2019	01/09/2001		DIZZINESS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG	אחר: כאבי בטן שלשולים .	רופא

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	מריחה		OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G
ביום	1	טיפות	2	VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT
ביום	1	טבליות	1	CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

1 ס.ה.ר

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00055885735

שמחי נורית

תאריך: 14/01/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם נורית	מס זהות: 00055885735	גיל: 66.07	מין: נ
ת.לידה: 03/06/1959	ישו: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641	מס בית: 5	טלפון: 50-5919641

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/06/2025

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/01/2026

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בתחילת יוני ת.ד נגנן צליפת שוט כאבים בגב וצוואר. מקרין לירך ימין החלה פיזיותרפיה

בדיקה גופנית: הליכה בתבנית תקינה, ללא רגישות גרמית עמ"ש מותני וצוואר, רגישות פאראורטברלית. כוח גס שמור 5/5 בכל תחנות הביניים, תחושה שווה ושמורה דו"צ, החזרי פיקה ואכילס הופקו, SLR שלילי, עמידה על קצות אצבעות ועקבים תקינה ללא סימני UMN

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	10	10	D	1	טבליות	TAB	1	ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG

סיכום והמלצות: חימום מקומי
נוגדי דלקת
פיזיותרפיה

בברכה,

נחתם דיגיטלית

139265

אלמוג לוי

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 5175 מרפאת קניון הכיכר

תאריך: 14/01/26
שעה : 17:01

מקור קבלה: 00007683

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0005588573 שמחי נורית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

קוד	תאור	תאריך ביקור	לתשלום
58	אורטופדיה	14/01/26	30.00

סה"כ לתשלום: 30.00

סה"כ שולם במזומן 30.00

סה"כ שולם: 30.00

קופאי: 2853 - 8 נחמני נעם

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

סיכום טיפול

תאריך: 07/06/2026

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	משה
שם משפחה ושם פרטי	00-05588573-5	67.00	נ	03/06/1959	משה
גבעת שמואל	5 /	5	מין	50	שם האב
ישוב	מס בית	5327858	טלפון	5919641	טלפון נוסף
מוטה גור	רחוב	3	טלפון	50	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250517241 מספר זיהוי הפניה: 35966041342

תאריך הפניה: 18/11/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

ת. תאונה: 29/06/2025

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר ליאורה ארונסון

רשיון רופא: 25964

מרפאה: 5966

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7245		BACKACHE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 26/11/2025

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	הדרכה לתרגול בבית
10	תרגול כללי
10	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
2	הערכה מחדש- בדיקה
8	טיפול ברקמה רכה
8	מוביליזציות ותרגילים פסיביים

רשימת כל הטיפולים:

טיפולים	כמות
טיפול עם מכשיר זרמים	5
תרגילי גמישות	3
תרגילי חיזוק	3
שיקום מרחוק	1

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	4	
גב עליון	דו צדדי	4	

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: מתלוננת על כאבים בשכמות וגב תחתון מתקשה להתכופף, שכיבה על הגב.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 12/04/2026
 25/03/2026
 12/03/2026
 04/03/2026
 24/02/2026
 17/02/2026
 03/02/2026
 27/01/2026
 20/01/2026
 12/01/2026
 08/01/2026
 26/11/2025

אורה לבנטל
 חתימה וחומת

105158
 מספר רשיון

אורה לבנטל

שם מטפל

מכון פזיותרפיה - אורה לבנטל
 פזיותרפיסטית
 מ.ר. 102289
 אורה לבנטל

נספח 3 :

טופס 1 אורתופדי

(עמודים 29 עד 29)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בהרצליה**נורית שמחי - נ ג ד - איי.אי.ג'י חברה לביטוח בע"מ**

התובעת, נורית שמחי, 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 קופת החולים כללית.

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 31 עד 33)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ נורית שמחי
 ת.ז. מס' _____ 055885735, מרחוב _____ מוטה גור 5, גבעת שמואל _____,
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
 נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 17 לחודש 8 שנה 2026

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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



טופס ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א' אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: רז שם פרטי: נורית תעודת זהות: 55885735 שם האב: רז
 מספר: 5 עיר: לוד מיקוד: טלפון רחוב: רז

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות פירוט בתי ספר ו/או לשירות בתי הסוהר - תיק אישי רפואי ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או לקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לערן מור ו/או _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לשכת הבריאות - כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה ממחלקת הרווחה - תיק אישי, כולל תיק משפחתי מלא, תיק שירות פסיכולוגי - חינוכי, אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או שירות בתי הסוהר - תיק אישי + תיק רפואי ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים כולל תיעוד מהמכוני הגנטיים, כל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי 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 ששילם ומשלם לי.
 הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, 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 קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן:

שם קופ"ח: כלל שם קופה קודמת: מס' אישי בצה"ל

חלק ב' במקרה של קטין: שם האם: ת.ז. חתימה: _____
 שם האב: ת.ז. חתימה: _____

חלק ג' פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק)

שם + משפחה: עו"ד אריאל פרייברג ת"ז: 066630930 חתימה + חותמת + מס' רישיון: אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254

חתימת התובע/נפגע
 (במקרה של קטין חתימת אפוטרופוס)

17.8.2026
 תאריך