

1000

[illegible]

שותף 31377042-2

חשבונית		אודי		דגם		GY		חרכי הצ'בק	
מחיר מומלץ		A3 SPORTBACK		דריסת כניסה		ADVANCED		קבוצת הישוע	
המחיר (כ"ס)		קבוצת יציבות		דריסת כניסה		ABS		חרכי הצ'בק	
150.00		כן		7		כן		22-1756	
00019-1217		כן		7		כן		22-1756	

שעבוד לבנק הפועלים בע"מ
רשיון בתוקף רק בצירוף מספח

ת.מבחן 05/01/23

רשומון יבוא 232093458

3402.00

למנוחות לרב: ד"ר יצחק הרב ח"ק דק לאחר תשלים האגדה ועמידה בקרבן כשירות תנועה (טסס) |
על שותף - חלה תוכה שלום את אגדת הרשית, כט את כל תשעה ברכות שיתוש פועל
היה על צאצא לפעם האחרת ד"ר יצחק הרב ח"ק דק לאחר תשלים האגדה ועמידה בקרבן כשירות תנועה (טסס) |

לתשלום מקוון
באתר מאונטרקט

38158003122121

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

AMERICAN SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE

3517 1900

38158003-24-1

גפני כרמל
שטרייכמן יחזקאל 11 דירה 18
תל אביב - יפו
69671

60-03117 חוק מוטב
0-06622-6

11:46:4 05/01/2023 אדופס על יד בע. אדופונוט בע"מ

3402.0



הודעה על תאונת רכב (110.0)

גא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

ח'ס פקס תביעות: 03-7348177
דוא"ל: tvot.hova@harel-ins.co.il

פרטי המבוצע והפוליסה

פרטי המבוטח והפוליסה									
מס' הפוליסה		סוג הביטוח		שם הסוכן					
מס' רישוי		תוצר ודגם		שנת ייצור					
שם המבוטח		מס' ת.ז.		סוג הרכב		עוסק מורשה			
				פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר ☐		כן ☐ לא ☐			
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד			
טלפון בית		טלפון נייד		פקס					
דואר אלקטרוני		Email							

פרטי תחנה (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)		שם הנגה		חשוב		טלפון בית		מס' רישיון נהיגה	
מס' תל	תאריך לידה	מס' תל	שם הנגה	חשוב	טלפון בית	מס' רישיון נהיגה	שנת הוצאת רישיון	בתיקור עד	האם נהג ברשות מבוססת
9	19.11.27	9	אב	7	097452752	6016303	13.11.17	19.11.27	כן
מס' תל	תאריך לידה	מס' תל	שם הנגה	חשוב	טלפון בית	מס' רישיון נהיגה	שנת הוצאת רישיון	בתיקור עד	האם נהג ברשות מבוססת
9	19.11.27	9	אב	7	097452752	6016303	13.11.17	19.11.27	כן

פרטי התאונה		שעה		מקום/כתובת אתר התאונה	
תאריך		מס' יומן		מס' תיק	
נבחה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנה		מס' תיק		מס' תיק	
תיאור הנזק / נזקים הנזק המבוטח					
האם היה באירוע? ☐ גרר ☐ משטרה ☐ מכבי אש					
תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצוין בהבלטה מספר הרכב)					
תרחיש ממקום התאונה					
מסמך על אמצעי תחבורה מסמך על אמצעי תחבורה מסמך על אמצעי תחבורה מסמך על אמצעי תחבורה					
עדים					
שם		טלפון			
כתובת					
שם		טלפון			
כתובת					

DATE RECEIVED: 01/26/2004



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

תאריך: 08.08.23

ונביעה:

יש להשיב מלא וחתום לפקס: 03-7348327
או באמצעות דוא"ל: FAX8327@HANEL-INS.CO.IL

לכבוד
הנאל חברה לביטוח בע"מ

הנדון: הסכמת למסירת מידע על נהג

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביי הוגשה תביעה לזוגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה כי משרד הנחבירה, התשתית הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה חגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את הטידע על רישיון הנהיגה שלי הנדרש לאור חפוליסה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהיגים שברשות המשרד.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעתי כלפיהם.

26534503

מס' רכב: X

028003689

מס' תעודת זהות: X

6016303

מס' רישיון נהיגה: X

כרמל 7 חי' Q

כתובת הנהג: X

שם וחתימה:

06.08.23

תאריך: X

X

X



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

תאריך:

לכבוד:

חברת הביטוח

הנדון: נוסח הסכמת בעל הרכב הרשום למסירת המידע לחברת הביטוח
(נוסח שאלתא 03 / טופס 1010)

אני הח"מ, הרשום כבעל הרכב, שמספרו להלן, במאגרי משרד התחבורה והבטיחות בדרכים - מסכים בזה, כי משרד התחבורה והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות ביטוח בע"מ את כל המידע על הרכב, הנמצא במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.
הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעות כלכליות/בקשות לקבלת נזוני שאלתא 03 / טופס 1010.

פרטי חשבון הבנק

ברצוני למסור את פרטי חשבון הבנק שלי/שלנו, לצורך קבלת ההחזר היחסי על פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה והבטיחות בדרכים כאשר הרכב נגזב או במקרה שהשחאי ידוות על הרכב כרכב באגדן נמור.

הערה: על פי הודעת משרד התחבורה והבטיחות בדרכים, הטיפול בהחזר אגרה לרכב נגזב יהיה לאחר תום שלושה חודשים מהגניבה. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות "חברות הביטוח" אלא ישירות ע"י משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

(1) אבקש להעביר את הפרטים להלן למשרד התחבורה והבטיחות בדרכים:

מספר תעודת זהות: 39777-1

מספר הבנק

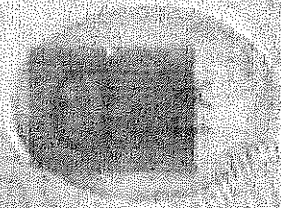
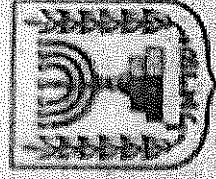
מספר הסניף

מספר חשבון

(2) אני מסרב למסור פרטי חשבון הבנק

החתימה בעל הרכב הרשום (בצירוף חותמת חאניד)

רשיון
מדי



4a.13.11.2017

4d.ID 028003689
3689

רשאי לנהוג בדרגה B עד
ר"ל אופנוע עד 500 סמ"ק

קטגוריה:

1991

1991

1988

IL 028003689

D	D	
	D1	
	D2	
	D3	
E		
	1	

028003689

27/02/2022/6619



היגה לייסנץ
STATE OF ISRAEL

אפ"ל

1. APPLE

ל"ו

2. TAL

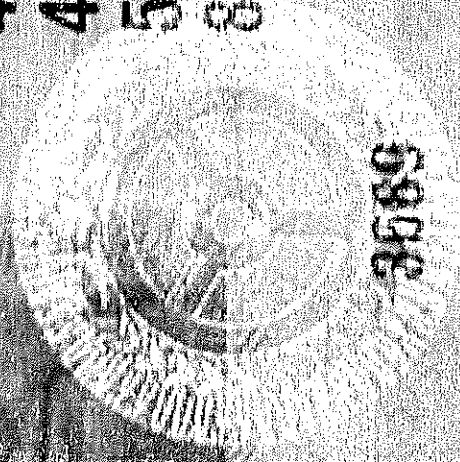
3. 19.11.1970

4. כ' בחשון התשל"א

4b. 19.11.2027

5. 6016303

6. כרכום 7 הוד השרון



3589

9. A1 B

לא יתור מ 54.4 כס
ק"ג 400 בישראל

הודעה על תאונת רכב (110.0)

גא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

זהות המדווח: ☐ פרטי ☐ חברה ☐ אישור אי-הגשה

חסי' פקס תביעות: 03-7348177

tvlot.hova@hareh-ins.co.il ;ל"ח

פרטי המבטוח והפוליסה		סוג הביטוח		שם הסוכן	
מס' הפוליסה		תוצר ודגם		שנת ייצור	
מס' רישוי		מס' ת.ז.		סוג הרכב	
שם המבטוח		פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר ☐		עוסק מורשה ☐ לא ☐	
רחוב		מס'		מיקוד	
טלפון בית		טלפון נייד		פקס	
דואר אלקטרוני		Email			

פרטי מנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)					
שם המנהג		מס' תל			
רחוב		מס' ישוב			
טלפון בית		טלפון נייד			
מס' רישיון נהיגה		שנת הוצאת רישיון			
		בחוץ עד			
		האם נהג ברשות מבוססת			
		עסק ☐ לא ☒			

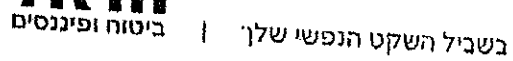
פרטי התאונה		שעה 11:00		מקום/כתובת אתר התאונה	
תאריך 27.7.23		מס' ניזון		מס' תיק	
גובה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת					
תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח					
האם היה באירוע? ☐ נגרר ☐ משטרה ☐ מכבי אש					
תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצוין בהבלטה מספר הרכב)					
עדים		תרשים מקום התאונה			
1	שם	נאכתב בלוח			
	כתובת	נאכתב בלוח			
2	שם	נאכתב בלוח			
	כתובת	נאכתב בלוח			
שמוא		המקרה אירע ☐ בדרך לעבודה ☐ במהלך העבודה ☐ בדרך ממקום העבודה			

נפגעים					
אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הוליכי רגלי, נא תן פרטים:					
מס' טלפון	כתובת הנפגע	מס' ת. זהות			

פרטי המעורב - צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)		סוג הרכב: ☐ רכב קל ☐ רכב כבד מעל 4 טון		סוג ביטוח: ☐ מקיף ☐ צד ג' ☐ חובה	
שם בעל הרכב	חש' ת.ז.		כתובת		טלפון
	חש' ת.ז.		כתובת		טלפון
שם הנהג	חש' ת.ז.		תיאור הנוק / מיקום הנוק לצד ג'		
שם חברת הביטוח	חש' הפוליסה				

הצהרת המבוטח
הני מעוניין כי תביעת צד ג' שתושג נגדי תטופל ו/או תשולם על ידי החברה ☐ לא ☐ כן
במידה וכן, הני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה להשתתפות עצמית. כמו כן, הני מיפה
את כוחה של הרגל החברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה / בית המשפט ככל שיידרש. הני מתחייב בזה להעביר מידית לחברה כל
הדועה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונתי. כמו כן, הני מצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: 8.8.23 הטופס מולא ע"י ר"ל ר"ל חתימת המבוטח/ת



08.08.23

תאריך:

ותביעה.

יש להשיב מלא וחתום לפקס: 03-7348327
או באמצעות דוא"ל: FAX8327@HAREL-INS.CO.IL

לכבוד
חראל חברה לביטוח בע"מ

הנדון: הסכמת למסירת מידע על נהג

הנדון: הסכמת למסירת מידע קליני

אני ה"מ, הוהג בריב לגבי חגשה תביעה לתגמול ביטוח לפי פוליסת ביטוח דכב (רכוש), מטכיס בוה כי משרד הוהגבורה, התשתית הלאומית והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה חגשה תביעה, באמצעות איגוד תברות הביטוח, את המידע על רישיון הנהיגה שלי הודרש לאור הפוליסה האגמורה והמציני במאגר תמוני הוהגים שברשות המשרד.

הסכמתי נתנת לצורך בירור תביעתי כלפיהם.

26534 503

X
מס' רכב:

028003689

X

6016303

מחסי רישיון נהיגה.

על פי 7 חוקים

7

Table 10

שם וחתימה:

06.08.22

תאריך:

X

2018-2019

אתר הראלי לשירותך www.harel-group.co.il



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

תאריך:

לכבוד:
חברת הביטוח

הנדון: נוסח הסכמת בעל הרכב הרשום למסירת המידע לחברת הביטוח
(נוסח שאילתא 03 / טופס 1010)

אני הח"מ, הרשום כבעל הרכב, שמספרו להלן, במאגר משרד התחבורה והבטיחות בדרכים - מסכים בזה, כי משרד התחבורה והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות ביטוח בע"מ את כל המידע על הרכב, המצוי במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

הסכמותי ניתנת לצורך בירור תביעות כלפיהם/בקשות לקבלת נזנתי שאילתא 03 / טופס 1010.

פרטי חשבון הבנק

ברצוני למסור את פרטי חשבון הבנק שלי/שלנו, לצורך קבלת ההחזר היחסי על פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה והבטיחות בדרכים כאשר הרכב נזנב או במקרה שהשחאי ידווח על הרכב כרכב באבדן גמור.

הערה: על פי הודעת משרד התחבורה והבטיחות בדרכים, הטיפול בהחזר אגרה לרכב נזנב יהיה לאחר תום שלושה חודשים מהגניבה. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות "חברות הביטוח" אלא ישירות ע"י משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

(1) אבקש להעביר את הפרטים להלן למשרד התחבורה והבטיחות בדרכים:

מספר חשבון	200080	מספר הסניף	493	מספר הבנק		מספר-ועד/תאגודת	139723
------------	--------	------------	-----	-----------	--	-----------------	--------

(2) אני מסרב למסור פרטי חשבון הבנק

החלטתי בעל הרכב הרשום (בצירוף חותמת חאניד)

2653453 X

מספר הרכב

מספר זהות/תאניד

שם

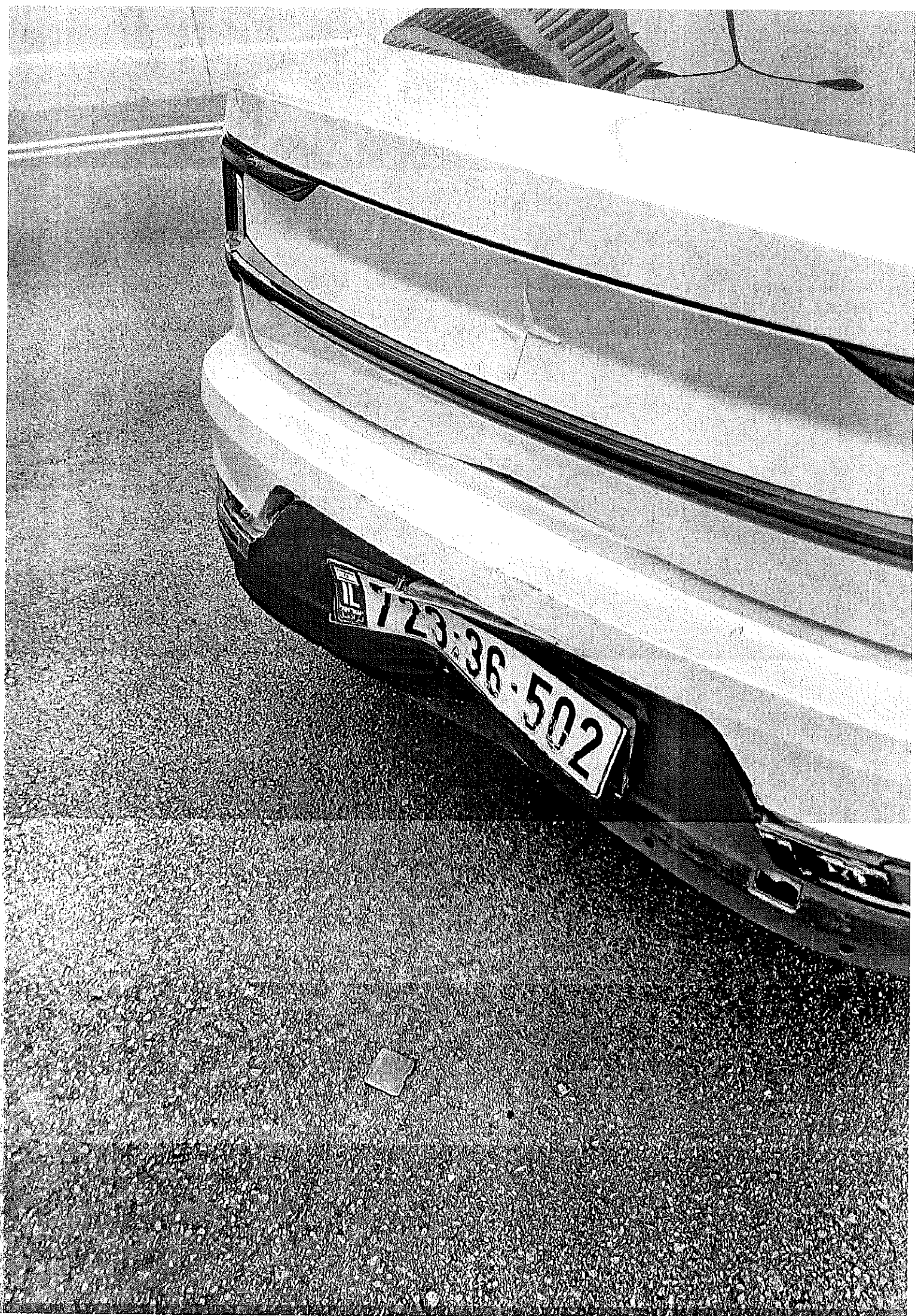
תאריך

כתובת בעל הרכב

הערות:

- בסירוב למסירת חשבון ופרטים במקרה של גניבה/אבדן מוחלט - הקף בעיגול
- אין לחייב את בעל הרכב למסור את פרטי החשבון במקרה של סירוב.

www.harel-group.co.il





DRIVING LICENCE תרש"ת
STATE OF ISRAEL מְדִינַת יִשְׂרָאֵל



שֵׁם:

1. YAHYAYEV

ת.ז.:

2. ALASKAR

3. 18.01.1967

4. ת"ש תת"ש

42.13.07.2017

4b. 18.01.2027

4d. ID 323496141

5. 8318208

8141

8. 15' - 2'28" ל"ה 214' תולדה ת"ת

8141

תאריך יציאת 4000 ת"ב

תאריך פקיעת ת"ב

9. B

קטגוריות כלי הרכב Categories of Vehicles

A	A2		
	A1		
	A		
B		 	2002
	C1		
C			
	C		

Restrictive Conditions of Use

IL 323496141

D	D		
	D1		
	D2		
E	D3		
			
1			

323496141

20/06/2022/23/6



12

DECEMBER

RECEIVED



לאישור אי-הגשה

הודעה על תאונת רכב (110.0)

גא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מס' פקס תביעות: 03-7348177
דוא"ל: tyiot.hova@harel-ins.co.il

פרטי המבוטח והפוליסה

מס' הפוליסה		סוג הביטוח		שם הסוכן	
מס' רישוי		תוצר ודגם		שנת ייצור	
שם המבוטח		מס' ת.ז.		סוג הרכב	
				☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר	
רחוב		מס'		ישוב	
טלפון בית		טלפון נייד		פקס	
דואר אלקטרוני		Email			

פרטי הנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

שם הנחש		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.	
134		150758		553644		150758	
רחוב		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.	
7 יבוצק		8		ישוב		מיקום	
טלפון בית		טלפון נייד		טלפון נייד		טלפון נייד	
03 5251979		03		03		03	
מס' רישון הירוק		סוג רישון		שנת הצאת רישון		האם נהג ברשות מבוססת	
0935362		C		1976		כן ☐ לא ☐	

פרטי התאונה

תאריך	14.8.23	שעה	16 ⁰⁰	מקום/כתובת מכת התאחדות	מח' המועצות
נכבדה עדות ע"י משטרת ישראל	מס' יומן	מס' תיק	בתאריך		

תיאור הטק / מיקום הטק ברכב המבוטח א/מ/נ * ספלייט א'סא

האם היה באירוע? ☐ גרר ☐ משטרה ☐ מכבי אש

תואר מפורט של התאונה (במידת האפשר) והמקום לא מספיק נותן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבדאש הדף יצוין כחבל לטה מספר ההרכב)

תרישים ממקום התאונה

יכס מעפסא ⇒ מני

מני ⇒ יכס (מעפסא)

4 תביל 4

זמלתי כרפוס 4 לפתא מתנולאם

זכרה כרפס פזא ב' מאיתול

אזכרן אלו' זכרה ג' מהיד דמז'א

המקרה אירע ☐ בדרך לעבודה ☐ במהלך העבודה ☐ בדרך ממקום העבודה ☐

שמי	מוסך	שם	טלפון	שם	טלפון	שם	טלפון
1		שם	טלפון	2		שם	טלפון
		כתובת				כתובת	

נפגעים

אם נפוצו בני אדם בתוך רכבר כלל הנהג או הולכי רגל, וא תן פרטים:

מס' ת. הוות	כרונבת הופעה	מס' טלפון
5151316141016	ד"ר יעקב 8 ק"מ	0537606454
515151917141015	ד"ר יעקב 8 ק"מ	0588454843

פרטני המצורב: צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

מס' רישוי		סוג הרכב: ☐ רכב קל ☐ רכב כבד מעל 4 טון		סוג ביטוח: ☐ מקיף ☐ צד ג' חובה	
שם בעל הרכב		מס' ת.ז.		כתובת	
שם הנהג		מס' ת.ז.		כתובת	
שם חברת הביטוח		מס' הפוליסה		תיאור הנוק / מיקום הנוק לצד ג'	

הצהרת המבוססות

הני מקוין כי תביעת צד ג' שתוגש במידה וכן, הני נותנייב להעביר את כוחה של הראל חברה לביטוח חודעה, הזמנה בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הוני מצהיר כח כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: _____ הטופס מולא ע"י _____

חתימת הנבטח: _____

עמוד ו' מתוך ו'



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

מאריך:

לכבוד:
חברת הביטוח

הנדון: נוסח הסכמת בעל הרכב הרשום למסירת המידע לחברת הביטוח
(נתוני שאילתא 03 / טופס 1010)

אני הח"מ, הרישום כבעל הרכב, שמספרו להלן, במאגר משרד התחבורה והבטיחות בדרכים - מספים בזה, כי משרד התחבורה והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות ביטוח בע"מ את כל המידע על הרכב, המצוי במאגר עלי הרכב של משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעות כלכליות/בנקאיות לקבלת נתוני שאילתא 03 / טופס 1010.

פרטי חשבון הבנק

ברצוני למסור את פרטי חשבון הבנק שלי/שלנו, לצורך קבלת ההחזר היחסי על פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה והבטיחות בדרכים כאשר הרכב נזק או במקרה שהשמאי ידווח על הרכב סרוב באבדן גמור.

הערה: על פי הודעת משרד התחבורה והבטיחות בדרכים, הטיפול בהחזר אגרה לרכב נזק יהיה לאחר תום שלושה חודשים מהגמירה. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות "חברות הביטוח" אלא ישירות ע"י משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

(1) אבקש להעביר את הפרטים להלן למשרד התחבורה והבטיחות בדרכים:

מספר חשבון	מספר הסניף	מספר הבנק	מספר תעודת זהות
200080	493	5/3973285	א

(2) אני מסרב למסור פרטי חשבון הבנק

החתימה בעל הרכב הרשום (בצירוף חותמות מאגיד)

מספר הרכב	מספר זהות/מאגיד	שם	מאריך
53053402x			

כחובת בעל הרכב

הערות:

- בסירוב למסירת חשבון ופרטים במקרה של גניבה/אבדן מוחלט - הקף בעיול
- אין לחייב את בעל הרכב למסור את פרטי החשבון במקרה של סירוב.



בשביל השקט הנפשו שלך | ביטוח ופיגנסים

20.8.23

תאריך:

תביעה:

יש להשיב מלא וחתום לפקס: 03-7348327
או באמצעות דוא"ל: FAX8327@HAREL-INS.CO.IL

לכבוד
הראל חברת לבטוח בע"מ

הנדון: הסכמת למסירת מידע על נחג

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביו הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה כי משרד התחבורה, התשתיות
הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישיון הנהיגה
שלי הנדרש לאור הפוליסה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שברשות המשרד.

הסכמתי ונתתי לצורך בירור תביעתי כלפיכם.

59053409

חסי רכב: X

55361406

חסי תעודת זהות: X

0935362

חסי רישיון נהיגה: X

חסי יתרה: X

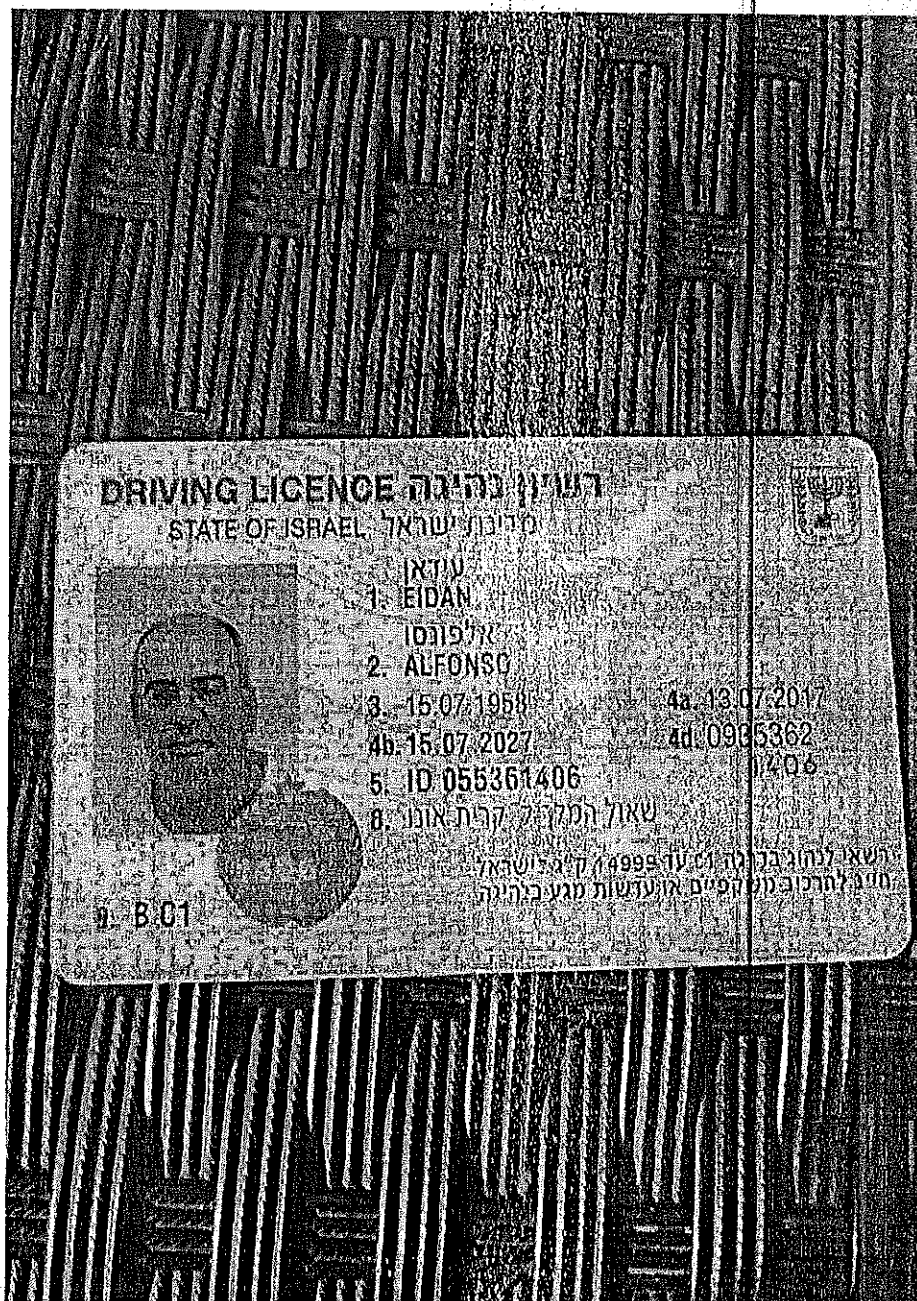
20.8.23

תאריך: X

שם וחתימה: X

מסמך מס' 10000000000000000000

אתר הראל לשירותך www.harel-group.co.il



Categories of Vehicles Allowed to Drive

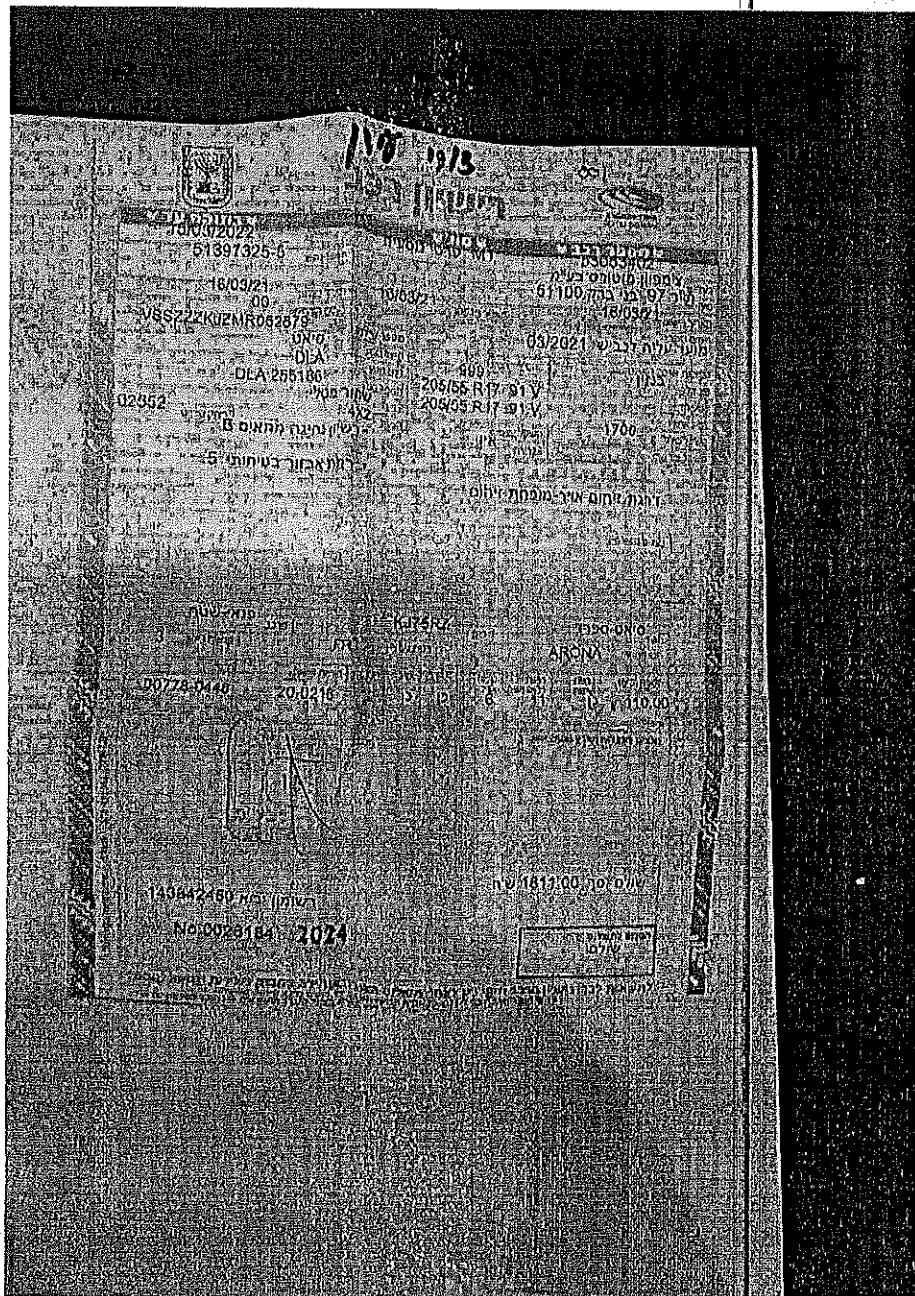
IL 055361406

A	A2		
	A1		
	A		
B			1976
			
C	C1		1987
	C		
D	D		
	D1		
	D2		
E	D3		
			
	1		

Restrictive Conditions of Use:
SPECTACLES OR CONTACT LENSES REQUIRED

055361406

10/17/8308



וגא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

ח'ס' פקס תביעות: 03-7348177
דוא"ל: tviot.hova@harel-ins.co.il

1/2019 25057/27166 2019011700



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

תאריך:

לכבוד:

חברת הביטוח

הנדון: נוסח הסכמת בעל הרכב הרשום למסירת המידע לחברת הביטוח
(נוסח שאילתא 03 / טופס 1010)

אני הח"מ, הרשום כבעל הרכב, שמספרו להלן, במאגר משרד התחבורה והבטיחות בדרכים - מסכים וזוהי, כי משרד התחבורה והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות ביטוח בע"מ את כל המידע על הרכב, המצוי במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעתי כלמיכס/בקשוני לקבלת נתוני שאילתא 03 / טופס 1010.

פרטי חשבון הבנק

ברצוני למסור את פרטי חשבון הבנק שלי/שלנו, לצורך קבלת ההחזר היחסי על פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה והבטיחות בדרכים כאשר הרכב גנוב או במקרה שהשמאי ידווח על הרכב כרכב באבדן גמור.

הערה: על פי הודעת משרד התחבורה והבטיחות בדרכים, הטיפול בהחזר אגרה לרכב גנוב יהיה לאחר תום שלושה חודשים מהגביה. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות "חברת הביטוח" אלא ישירות ע"י משרד התחבורה והבטיחות בדרכים.

(1) אבקש להעביר את הפרטים להלן למשרד התחבורה והבטיחות בדרכים:

מספר חשבון	מספר הסניף	מספר הבנק	מספר תעודת זהות
200080	493		5/3973255

(2) אני מסרב למסור פרטי חשבון הבנק

חתימות בעל הרכב הרשום (בצירוף חותמת תאגיד)

53053402 x

מספר הרכב

מספר זהות/תאגיד

שם

תאריך

9 10 20

כתובות בעל הרכב

הערות:

- 1) בסירוב למסירת חשבון ופרטים במקרה של גניבה/אבדן מוחלט - רקף בעיול
- 2) אין לחייב את בעל הרכב למסור את פרטי החשבון במקרה של סירוב.



הראל | ביטוח ופיננסים

20.8.23

תאריך:

תביעה:

יש להשיב מלא וחתום לפקס: 03-7348327
או באמצעות דוא"ל: FAX8327@HAREL-INS.CO.IL

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ

הנדון: הסכמה למסירת מידע על נחג

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביי הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה כי משרד התחבורה, התשתיות
הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישון הנהיגה
שלי הנדרש לאור הפוליסה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שברשות המשרד.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעתי כלפיהם.

53053409

מס' רכב: X

55361406

מס' תעודת זהות: X

0935362

מס' רישיון נהיגה: X

חבר 'מ' (נ) 8 ק"מ, י"א/11

X

20.8.23

תאריך:

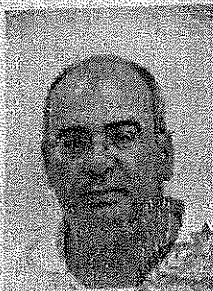
X

X

מסמך מס' 10000000000000000000

אתר הראל לשירותך www.harel-group.co.il

רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



- עידן
1. EIDAN
אלפונסו
2. ALFONSO
3. 15.07.1958
4b. 15.07.2027
5. ID 055361406
8. שאול המלך ל קרית אונו

4a. 13.07.2017
4d. 0935362
1406

9. B C1

רשאי לנהוג בדרגה 1 עד 14999 ק"ג בישראל
חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה

קטגוריות כלי הרכב Categories of vehicles

IL 055361406

A	A2		
	A1		
	A		
B		 	1976
C	C1		1987
	C		
	D		
D	D1		
	D2		
	D3		
E			
1			

Restrictive Conditions of Use
SPECTACLES OR CONTACT LENSES REQUIRED

055361406

180717/5306



מדינת ישראל
רשיון רכב

50



51397325-5

16/03/21 00

VSSZZKJZMR062879

DLA 255186

02552

רשיון נהיגה מתאים B

רמת אבנור בטיחותי 5

53053402

10/03/21

205/55 R17 91 V

205/55 R17 91 V

1700

אין

דרגת זיהום אוויר-מופחת זיהום

סוג רכב	סוג מנוע	סוג דלק	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל	סוג תיבת הדיפרנציאל
10-א-שטח	3	FR	KJ75RZ	AROMA	110.00				
00778-0448	20-0216	20	11	8	11	8	11	8	11

רשומות יבוא 143842450

No.0026184 2024

שולם

שולם סך 1811.00 ש"ח

להחזרת רשיון רכב יש להגיש בקשה לרשיון רכב ולשלם את האגרה. רשיון רכב לא ניתן להחזיר לבעלים. רשיון רכב לא ניתן להחזיר לבעלים. רשיון רכב לא ניתן להחזיר לבעלים.

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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 5 בחודש 12 שנה 2023

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנוזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות לטול 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 ומע"מ שיחולו על הלקוח. על חשבון ההוצאות ישלם הלקוח לעוה"ד סך של ~~1,000 ש"ח~~ עם תחילת הטיפול ~~500 ש"ח~~ במקרה של דרישה, 1,000 ש"ח במקרה של הגשת תביעה לבית המשפט.

4.

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

6. 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 הוראות, 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 בוררות" 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

הלקוח

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	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 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

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

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

לטפל ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

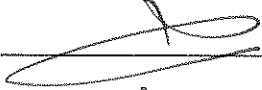
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ 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:	_____


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/ויה 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 5 בחודש 12 שנה 2023

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנוקי 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 ומע"מ שיחולו על הלקוח. על חשבון ההוצאות ישלם הלקוח לעוה"ד סך של ~~1,000 ש"ח עם תחילת הטיפול~~ 500 ש"ח במקרה של דרישה, 1,000 ש"ח במקרה של הגשת תביעה לבית המשפט.
- 4.
5. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
6. 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 מונח 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 בוררות" 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

הלקוח

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	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 הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ייפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

יפני כח

אני הח"מ, _____, מרוזב: _____, ת.ז. מס' _____, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, 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 הני"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 הני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אווזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן והצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,

לטפל ברישומו או במתיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, דימני מסהר 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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין _____

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

תצהיר

טופס 2
(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ 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 ושחיבו 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: _____


חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזו כי ביום _____
הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' _____
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ת
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין



תעודה המעידה על שינוי שם

שם המשפחה	עידן	השם הפרטי	אלפונסו
השם הפרטי של האב	מבורך	מספר הזהות	0 5536140 6
תאריך הלידה העברי	כ"ח בתמוז התשי"ח	תאריך הלידה הגריגוריאני	15 ביולי 1958

האמור בתעודה זו מאשר כי האדם אשר פרטיו האישיים מפורטים בתעודה זו שינה/תה את שמו/ה בהתאם לחוק השמות התשט"ז - 1956 ל:

שם המשפחה החדש

השם הפרטי החדש צורי אלפונסו

תאריך השינוי 23 באוגוסט 2023

התעודה ניתנה בהתאם לסעיף 17(א) לחוק השמות תשט"ז - 1956
בלשכת רשות האוכלוסין וההגירה בפתח תקוה
בתאריך ו' באלול התשפ"ג 23 באוגוסט 2023



תעודה זו הונפקה מהמערכת הממוחשבת של מרשם האוכלוסין

לכבוד

צורי אלפונסו עידן

בר לחודה 8 דירה 14

קרית אונו 5540404

0 5536140 6

0 5536140 6

עידאן

אלמונס

בר יהודה

8

14

נשוי

קרית אונו

5540404

0 5559740 5

05.04.2022 ד' בניסן התשפ"ב

עידאן

רחל

0 5536140 6

0 5536140 6

עידן

עידן

שמואל שמוליק

כבוד

0 3469561 9

זכר

0 3920451 6

זכר

17.12.1985 ה' בטבת התשמ"ו

18.04.1983 ה' באייר התשמ"ג

0 5536140 6

עידן ששון

דנה

3 0037947 6

נהבה

03.05.1987 ד' באייר התשמ"ז



כ"ח בתמוז תשי"ח

03.08.2003 ה' באב תשס"ג

0 55361406

עידאן
אלפונסו
מבורך

גוליה
15.07.1958

ישראל
זכר
רמת גן

המספר הזה
הוא זהותי

שם
תאריך
מספר



0 55361406

1/1

0507110

0 55361406

0 39204516

ה' באיר תשמ"ג

0 34695619

ה' בטבת תשמ"ו

3 00379476

ד' באיר תשמ"ז

03.05.1987

מספר

זכר

18.04.1983

שמואל

זכר

17.12.1985

דני

מקרה

מספר זהות

ה' באיר תשמ"ג

ה' בטבת תשמ"ו

ה' באיר תשמ"ז

ה' באיר תשמ"ז

מספר זהות

0 55361406

55654

0 55597405

עידאן

אלפונסו

7

שאל המלך

קרית אונו

נשוו

רחל

ישראלית

מספר זהות

עידאן

אלפונסו

7

שאל המלך

קרית אונו

נשוו

רחל

ישראלית

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בריהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה גוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

14/08/2023 19:12
דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279
המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
-שיכון כאב לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
-בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח



Jacobo Levy
Picciotto
14/08/2023

נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלענין התוקף הפלילי, בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656 במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח" + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
כאוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אנו כניסה . קרית אנו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

• Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

אבחנות מסכמות

• HYPERTENSION

תחלואה נלוות

• HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)

• OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

(ללא פעולות/ציתוחים 1) (S/P 05/07/2015)

ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים	כאב
תאריך ושעה 17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
שיכון כאב לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023

19:12



Jacobo Levy

Picciotto

14/08/2023

נחתם ע"י: ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שעניין הפלילי, בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"כח" + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אוננו כניסה . קרית אוננו 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטלא נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09

בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במגננון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסוף לבית חסר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

14/08/2023 19:12
דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279
המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
שינוי כאב לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח



Jacobo Levy

Picciotto

14/08/2023

נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה לביית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הפוליסה
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבועה בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חניכ לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לביור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטלא נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה נושא נרשם ע"י פרטים

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונזי כניסה . קרית אונזי 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
-מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
-שיכוך כאב לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
-בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023
19:12



Jacobo Levy

Picciotto

14/08/2023

נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שבענין התוקף הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656 במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פ"י כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז . כניסה . קרית אונז 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הזלך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציטו יעקב מ.ר. 118279 19:09 14/08/2023

בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3-5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53-7606454					

מספר הפניה:	35292033682	רשיון רופא	038153
גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	55361406
5292	035292033682		

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

סימנים חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01

לחץ דם 145 / 81 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחזמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

12 17 17

1002.50.50 03.05.2001

12 17 17

12 17 17

12 17 17

12 17 17

16.12.1958

12 17 17

12 17 17

12 17 17

12 17 17

0 5559740 5



12 17 17

12 17 17



0 5559740 5

0 5559740 5

אברהם
נשואה

0 5536140 6

עידאן

אלפונסו

5540404

14

עידאן

רחל

בר יהודה

8

קרית אונו

05.04.2022 ז' בניסן התשפ"ב

0 5559740 5

0 5559740 5

עידן

שמואל שמוליק

0 3469561 9

זכר

17.12.1985 ה' בטבת התשמ"ו

עידן

מבורך

זכר

0 3920451 6

18.04.1983 ה' באייר התשמ"ג

0 5559740 5

עידן ששון

3 0037947 8

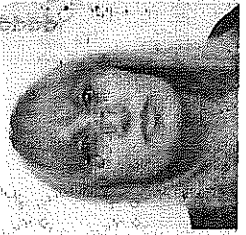
ה' באייר התשפ"ב

0 5559740 5

עידאן

רחל

אסמעל



מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03180114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
ביוכימיה בדם	CPK-MB (U/L)	0-25	23.0	
ביוכימיה בדם	CPK-MB% (%)	0-6	11.7↑	
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (U/L)	20-90	49	
ביוכימיה בדם	Lipase, pancreatic (U/L)	7-60	13.9	
ביוכימיה בדם	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5	8.65↑	
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pH	7.31-7.42		7.389
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pCO2 (mmHg)	38-52		47.3
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pO2 (mmHg)			26.2
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	HCO3 (Bicarbonate)-calc. (mmol/l)			27.9
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	Base Excess (mmol/l)			2.3
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Methemoglobin (%)	0.6-1.4		0.0↓
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Saturation, O2 (%)	94-98		55.8↓
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Hemoglobin (g/dl)	11.7-15.7		13.2
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Hematocrit (%)	34.9-46.9		39
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Oxyhemoglobin (%)			55.4
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Deoxyhemoglobin (%)			43.9
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Carboxyhemoglobin (%)	1-2		0.7↓
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Anion Gap (meq/l)	10-22		13.2
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Sodium (meq/l)	136-148		138
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Potassium (meq/l)	3.5-5.2		4.0
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Calcium, Ionized (mmol/l)	1.00-1.20		1.20
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Chloride (meq/l)	98-110		101
Metabolites/Blood Gas Analysis	Glucose (mg/dl)	70-100		134↑
Metabolites/Blood Gas Analysis	Lactate (mg/dl)	6-18		19↑

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז . כניסה . קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03180114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	5.79	
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	2.28	
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	0.56	
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.11	
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.04	
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.01	
תיפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135	113	
תיפקודי קרישה בסיסיים	INR	0.80-1.20	0.91	
תיפקודי קרישה בסיסיים	PTT (sec.)	26-40	29	
ביוכימיה בדם	Estimated Glomerular Filtration Rate (MDRD) (ml/min/1.73m)	60	95	
ביוכימיה בדם	Lipemia		Normal	
ביוכימיה בדם	Icterus		Normal	
ביוכימיה בדם	Hemolysis		Normal	
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45	33	
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.51-0.95	0.63	
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100	131†	
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2	4.3	
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148	139	
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110	104	
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4	9.4	
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0	2.60	
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7	1.90	
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	2.6-6.0	2.9	
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1	0.55	
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40	26	
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45	26	
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260	231	
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115	104	
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (U/L)	7-39	21	
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2	7.0	
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5	4.1	
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5	2.90	
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295	291	
ביוכימיה בדם	CPK -Blood, total (U/L)	0-170	197†	

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה , קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03180114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

תוצאות בדיקות א.ק.ג.

16:59 14/08/2023

Abnormal

Sinus tachycardia

Possible Left atrial enlargement

(Possible Inferior infarct (cited on or before 23-DEC-2017

Abnormal ECG

,When compared with ECG of 18-NOV-2020 21:26

Questionable change in initial forces of Inferior leads

)DEC-2017-23

,NOV-2020 21:26-18

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80	8.79	
CBC	RBC (M/microL)	3.8-5.2	4.35	
CBC	HGB (g/dl)	11.7-15.7	12.71	
CBC	HCT (%)	34.9-46.9	38.27	
CBC	MCV (fL)	80.8-100	87.91	
CBC	MCH (pg)	26-32	29.2	
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	33.2	
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	14.27	
CBC	PLT (K/microL)	130-440	263	
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	9.16	
CBC	PCT (%)		0.24	
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	66.0	
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	26.0	
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	6.4	
CBC	EOS% (%)	0-7	1.2	
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.4	
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.3	0.1	

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אנוני . כניסה . קרית אנוני 5540404

מספר קבלה: 03180114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש טאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינן

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

I.V	PRAMIN amp 10mg/2ml amp 10 mg	Once	14/08/2023 18:08 אלמליח רבקה	amp 10 mg
-----	-------------------------------	------	---------------------------------	-----------



Nedaa
Mahamid
14/08/2023

נחתם ע"י: דר' מחאמיד נידא מ.ר. 1171091

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעומת זאת הפלגתי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח" ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל

כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אנו כניסה . קרית אנו 5540404

מספר קבלה: 03180114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

165/87, סטורציה 95%. מטופלת כאבה. תומך צוואר. כאבים למגע עמוקה בחזה שמאל. בטן רכה לא רגישה. מעבדה- ספירה שקטה. בכימיה עלייה בCPK 197. תפקודי כליתית תקינים CRP 8.7 סטיק שתן לא חלבונים ללא אריטרוציטים. בצלח לא רשם לשבר בצלעות. זווית קוסטו-פרני מעט מטושטש בצילום יד ללא שברים בת 64 לאחר טראומה בתאונת דרכים עם כאבים חזקים בחזה שמאל, שוק שמאל וכף יד ימין. בצלח ללא שבר הצעות. הכאבים בחזה מתאים לכאב שרירי. תוכנית יועץ כירורגיה נגד כאבים צל"ח צילום כף יד

ד"ר מחאמיד נידא מ.ר. 1171091 22:29 14/08/2023

בת 64, רקע כמתואר. לא נוטלת מדללי דם- הפסיקה אספירין לפני שבועיים וחצי (נטלה ללא אינדקציה). ביום קבלתה תאודנת דרכים, ישבה ליד נהג, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו למרות שהכסא נשבר. כעת מלינה על כאבים בצלעות משמאל. ללא חהלת ראש ללא איבוד הכרה ללא הקאות. מדידים תקינים כולל סטורציה 95% בבדיקתה רגישות על פני הצלעות משמאל. צילום צלעות ללא עודת לשברים בצלעות. הוסבר למטופלת שהרגישות יכולה להיות משנית לחבל/שברים שלא רואים בצילום, ושצריכה לקבל ונגדי כאב ולהמשיך לנשום כהרגלה. משוחררת כעת במצב טוב עם ההנחיות הבאות:

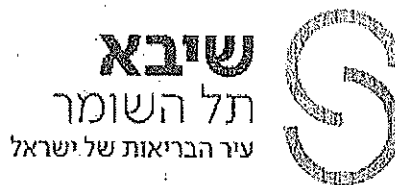
המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
14/08/2023 22:30	דר' מחאמיד נידא מ.ר. 1171091	משככי כאב לפי הצורך (ניתן ליטול אופטלגין או אקמול) נשימות עמוקות ללא הימנעות בכל החמרה במצב הכרתי, הקאות, או כל החמרה אחרת יש לשוב לבדיקה רפואית. חופשת מחלה 10 ימים	
		רפואה שלמה	
14/08/2023 20:35	דר' קדרי איהב מ.ר. 172158	-המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע -מנוחה חופשת מחלה 3 ימים -שיכון כאב לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא -קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני -בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח	

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
-------------------	------------	--------------	-------

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסוף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני גבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404
מספר קבלה: 03180114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

רגישות אחרת

שם החומר תאריך רשום תגובה

23/05/2013 G6PD

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 64 לאחר תאונת דרכים (נוסעת ברכב שנכנסו בו מאחור) מלינה על כאב בצלעות שמאל, שוק שמאל, כף יד ימין

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה RA
17:44 14/08/2023	3				
17:00 14/08/2023		36.3	113	165/87	95

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר מריסאת לואי מ.ר. 159513 20:51 14/08/2023
NEXUS צווארי שלילי - הורד צווארון.

ד"ר קדרי איהב מ.ר. 172158 20:35 14/08/2023

בת 64 עם הרקע המתואר בבדיקה ללא סימני למעט המאטומה באזור של מסרק 5 יד צד ימין ומעט רגישות מתהלכת בתבנית תקינה, מהלכת על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטריק דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטריק דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות צילום כף יד ימין - ללא ממצא גרמי חריץ משוחררת מבחינה אורתופדית

המרמילר אלדנה-פאולה 17:23 14/08/2023

בת 64 ברקע היפרקולסטרולמיה, הומוציסטאינמיה, מיניגיומה אובחן ב-2000 חוסר G6PD תרופות - קרסטור מגנסיום ויטמין D. הפסקה באצמא אספירין לפני שבועיים וחצי רגישות לא ידועה מחלה נוכחית: ===== מטופלת לאחר תאונת דרכים רכב נגד רכב (מאחור). היתה ליד נהג. מלינה על כאב בחזה שמאל, שוק שמאל וכף יד ימין בבדיקתה מוודדים - ללא חום. סטיקורדיה 113, ל"ד

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירון אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404
מספר קבלה: 03180114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

רגישות אחרת

שם החומר תאריך רשום תגובה

23/05/2013 G6PD

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 64 לאחר תאונת דרכים (נוסעת ברכב שנכנסו בו מאחור) מלינה על כאב בצלעות שמאל, שוק שמאל, כף יד ימין

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה RA
17:44 14/08/2023	3				
17:00 14/08/2023		36.3	113	165/87	95

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר מריסאת לואי מ.ר. 159513 20:51 14/08/2023
NEXUS צווארי שלילי - הורד צווארון.

ד"ר קדרי איהב מ.ר. 172158 20:35 14/08/2023

בת 64 עם הרקע המתואר בבדיקה ללא סימני למעט המאטומה באזור של מסרק 5 יד צד ימין ומעט רגישות מתהלכת בתבנית תקינה, מהלכת על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות צילום כף יד ימין - ללא ממצא גרמי חריץ משוחררת מבחינה אורתופדית

המרמילר אלדנה-פאולה 17:23 14/08/2023

בת 64 ברקע היפרקולסטרולמיה, הומוציסטאינמיה, מניגיומה אובחן ב-2000 חוסר G6PD תרופות - קרסטור מגנסיום ויטמין D. הפסקה באצמע אספירין לפני שבועיים וחצי רגישות לא ידועה מחלה נוכחית: ===== מטופלת לאחר תאונת דרכים רכב נגד רכב (מאחור). היתה ליד נהג. מלינה על כאב בחזה שמאל, שוק שמאל וכף יד ימין בבדיקתה מוודים- ללא חום. טכיקרדיה 113, ל"ד

מ.ס.יום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1976			SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
TAB	XEFO 8MG (N) גרד ופריחה	המטופל
	G6PD deficiency	

תרופות קבועות

שם הרופא	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות	נחתם דיגיטלית**
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM	
ביום	1	מיליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML	
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG	
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG	
ביום	1	קפלות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG	
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg	
ד"ר אדיר פרחי			131160		

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

08:27 תאריך: 16/08/2023

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידאן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	64.08	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישו:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

14/08/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35292030076

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292030076

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: צילום חזה וצלעות משמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78060	71020	צילום חזה	10601005
78201	71100	צילום צלעות שמאל	10601087

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9221	Lt	CONTUSION CHEST WALL

תלונות: לפני יומיים נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין, במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל, פונתה ע"י מד"א ונבדקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מציינת כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו. ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לרוקסטא+ והדרכת למינונים מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה.

03/05/2023	161.5	גובה	07/06/2023	95.1	משקל	06/03/2023	95.96	eGFR	מתאריך
03/03/2023	124 / 83	לחץ דם							
21/06/2022	67	דופק							
28/05/2018	1	NYHA							
25/04/2021	67	(%)FEV1	25/04/2021	60	(%)FVC	25/04/2021	0.87	FEV1/FVC	עודכן ב

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN

Female

Vent rate 113 BPM
PR interval 154 ms
QRS duration 80 ms
QT/QTc-Baz 322/441 ms
P-R-T axes 52 8 16

Sinus tachycardia
Possible Left atrial enlargement
Possible inferior-infarct, age
undetermined
Abnormal ECG

PRINTED 14-08-23 17:17
Dr. L. O. B. M. G. S. A. I.
L.N. 159513

5559740-5 : 1.0
35112 318 : 1900
3819-110710-1110
14-08-23 17:22P
10658 : 1771

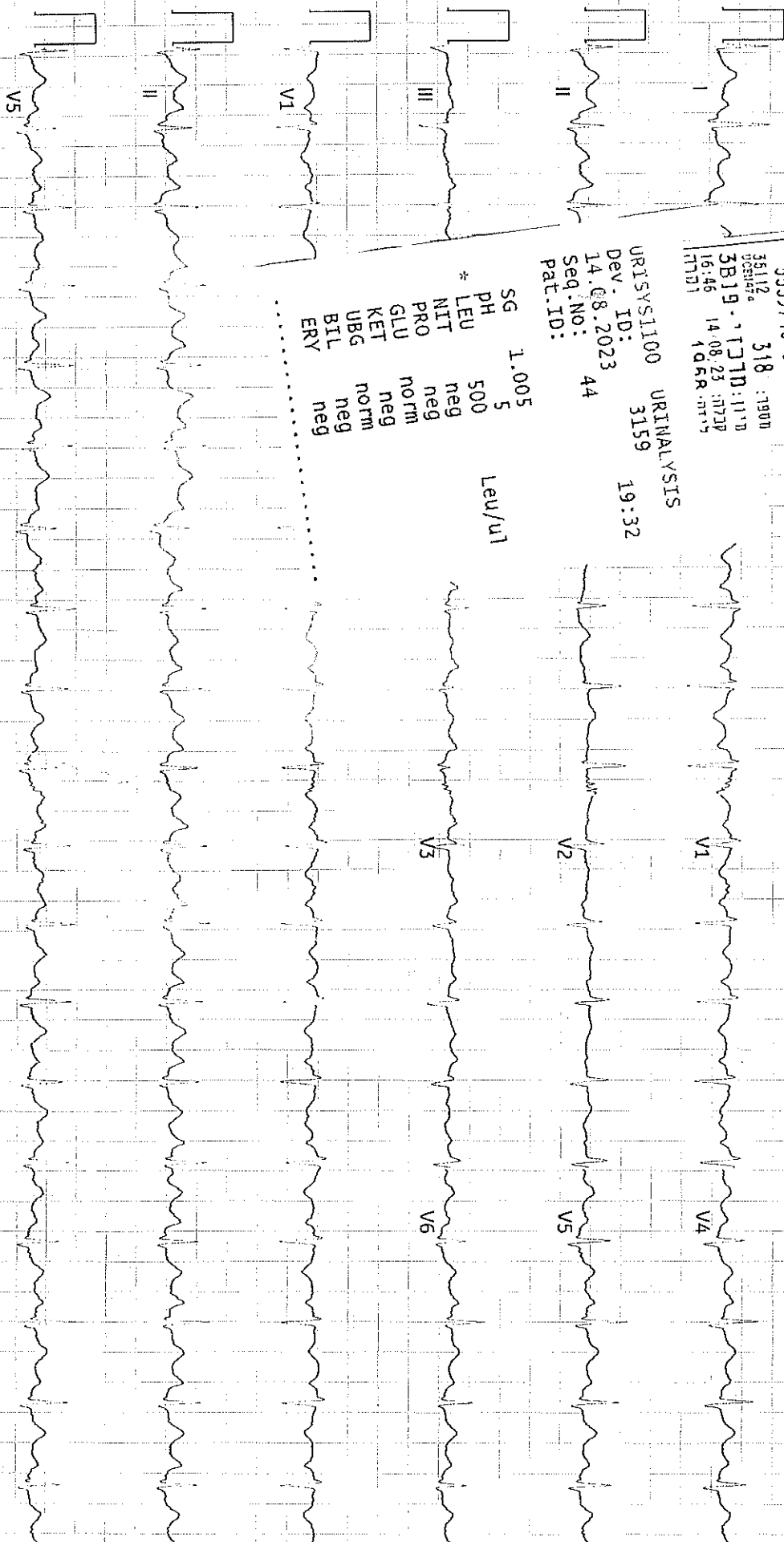
Unconfirmed

5559740-5 : 1.0
35112 318 : 1900
3819-110710-1110
14-08-23 17:22P
10658 : 1771

URISYS1100 URINALYSIS
Dev. ID: 3159 19:32
14.08.2023
Seq.No: 44
Pat.ID:

SG 1.005
PH 5
* LEU 500
NIT neg
PRO neg
GLU norm
KET neg
UBG norm
BIL neg
ERY neg

Leu/u1



25mm/s 100cm/mV

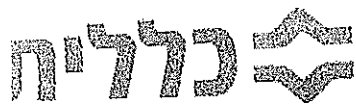
55-60 Hz ZPD

50 Hz

MAC™ 7.100SP03

12SL V23.1 4 by 25s + 3 rhythm lds

Page 1 of 4



מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

רפואת משפחה
שלמה המלך 37, קרית אונו
קניון קרית אונו

נחלת
מרפאה

09:19 תאריך: 10/10/2023

הפניה כללית

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **עידן רחל**

ת.לידה: 16/12/1958 ישוב: קריית אונו

מס.בית: 8 טלפון: 52-2454873

מס.זהות: **00055597405**

רחוב: בר יהודה

טלפון נוסף: 3-5351979

גיל: 64.10 מין: נ

תאריך תאונה: 14/08/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: **35292033062**

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033062

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיותרפיה לכאבים בצוואר

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

תאור רפואי

קוד שירות: 80015
קוד משה"ב: 97001
פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול

אבחנה משוערת:

CERVICALGIA
ACCIDENT/INJURY; NOS
CONTUSION CHEST WALL

אבחנה

קוד: 7231
איפיון: A80
9221

תלונות: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין, במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל. פונתה ע"י מד"א וגבדקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מצית כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו.

ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לזקוסט+ והדרכת למינונים מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה. מוקוליט לליחה (פוסט קורונה רסנטית)

10/10/2023

מאז הנ"ל עדיין כאבים בצוואר משמאל, בהנעתו. מפריע לשינה. נזקקת לעתים לנוגדי כאב.

בבדיקה מגבלה קלה בתנועת הצוואר לכל הכיוונים וכאבים בסוף הטווח, רגישות נקודתית בעורף משמאל.

מופנית לפיזיותרפיה להמשך טיפול.

סימנים חיוניים: גובה 161.5 03/05/2023 משקל 95.1 07/06/2023 BMI 36.46

לחץ דם 133 / 61 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

NYHA: 1 28/05/2018

(%)FEV1 67 25/04/2021 (%)FVC 60 עודקב 25/04/2021

eGFR 95.96 מתאריך 06/03/2023

FEV1/FVC 0.87

24/12/2023 12:00
26/12/2023 12:00
27/12/2023 12:00
28/12/2023 12:00
29/12/2023 12:00
30/12/2023 12:00
31/12/2023 12:00
1/1/2024 12:00
2/1/2024 12:00
3/1/2024 12:00
4/1/2024 12:00
5/1/2024 12:00
6/1/2024 12:00
7/1/2024 12:00
8/1/2024 12:00
9/1/2024 12:00
10/1/2024 12:00
11/1/2024 12:00
12/1/2024 12:00
13/1/2024 12:00
14/1/2024 12:00
15/1/2024 12:00
16/1/2024 12:00
17/1/2024 12:00
18/1/2024 12:00
19/1/2024 12:00
20/1/2024 12:00
21/1/2024 12:00
22/1/2024 12:00
23/1/2024 12:00
24/1/2024 12:00
25/1/2024 12:00
26/1/2024 12:00
27/1/2024 12:00
28/1/2024 12:00
29/1/2024 12:00
30/1/2024 12:00
31/1/2024 12:00
1/2/2024 12:00
2/2/2024 12:00
3/2/2024 12:00
4/2/2024 12:00
5/2/2024 12:00
6/2/2024 12:00
7/2/2024 12:00
8/2/2024 12:00
9/2/2024 12:00
10/2/2024 12:00
11/2/2024 12:00
12/2/2024 12:00
13/2/2024 12:00
14/2/2024 12:00
15/2/2024 12:00
16/2/2024 12:00
17/2/2024 12:00
18/2/2024 12:00
19/2/2024 12:00
20/2/2024 12:00
21/2/2024 12:00
22/2/2024 12:00
23/2/2024 12:00
24/2/2024 12:00
25/2/2024 12:00
26/2/2024 12:00
27/2/2024 12:00
28/2/2024 12:00
29/2/2024 12:00
30/2/2024 12:00
31/2/2024 12:00
1/3/2024 12:00
2/3/2024 12:00
3/3/2024 12:00
4/3/2024 12:00
5/3/2024 12:00
6/3/2024 12:00
7/3/2024 12:00
8/3/2024 12:00
9/3/2024 12:00
10/3/2024 12:00
11/3/2024 12:00
12/3/2024 12:00
13/3/2024 12:00
14/3/2024 12:00
15/3/2024 12:00
16/3/2024 12:00
17/3/2024 12:00
18/3/2024 12:00
19/3/2024 12:00
20/3/2024 12:00
21/3/2024 12:00
22/3/2024 12:00
23/3/2024 12:00
24/3/2024 12:00
25/3/2024 12:00
26/3/2024 12:00
27/3/2024 12:00
28/3/2024 12:00
29/3/2024 12:00
30/3/2024 12:00
31/3/2024 12:00
1/4/2024 12:00
2/4/2024 12:00
3/4/2024 12:00
4/4/2024 12:00
5/4/2024 12:00
6/4/2024 12:00
7/4/2024 12:00
8/4/2024 12:00
9/4/2024 12:00
10/4/2024 12:00
11/4/2024 12:00
12/4/2024 12:00
13/4/2024 12:00
14/4/2024 12:00
15/4/2024 12:00
16/4/2024 12:00
17/4/2024 12:00
18/4/2024 12:00
19/4/2024 12:00
20/4/2024 12:00
21/4/2024 12:00
22/4/2024 12:00
23/4/2024 12:00
24/4/2024 12:00
25/4/2024 12:00
26/4/2024 12:00
27/4/2024 12:00
28/4/2024 12:00
29/4/2024 12:00
30/4/2024 12:00
31/4/2024 12:00
1/5/2024 12:00
2/5/2024 12:00
3/5/2024 12:00
4/5/2024 12:00
5/5/2024 12:00
6/5/2024 12:00
7/5/2024 12:00
8/5/2024 12:00
9/5/2024 12:00
10/5/2024 12:00
11/5/2024 12:00
12/5/2024 12:00
13/5/2024 12:00
14/5/2024 12:00
15/5/2024 12:00
16/5/2024 12:00
17/5/2024 12:00
18/5/2024 12:00
19/5/2024 12:00
20/5/2024 12:00
21/5/2024 12:00
22/5/2024 12:00
23/5/2024 12:00
24/5/2024 12:00
25/5/2024 12:00
26/5/2024 12:00
27/5/2024 12:00
28/5/2024 12:00
29/5/2024 12:00
30/5/2024 12:00
31/5/2024 12:00
1/6/2024 12:00
2/6/2024 12:00
3/6/2024 12:00
4/6/2024 12:00
5/6/2024 12:00
6/6/2024 12:00
7/6/2024 12:00
8/6/2024 12:00
9/6/2024 12:00
10/6/2024 12:00
11/6/2024 12:00
12/6/2024 12:00
13/6/2024 12:00
14/6/2024 12:00
15/6/2024 12:00
16/6/2024 12:00
17/6/2024 12:00
18/6/2024 12:00
19/6/2024 12:00
20/6/2024 12:00
21/6/2024 12:00
22/6/2024 12:00
23/6/2024 12:00
24/6/2024 12:00
25/6/2024 12:00
26/6/2024 12:00
27/6/2024 12:00
28/6/2024 12:00
29/6/2024 12:00
30/6/2024 12:00
31/6/2024 12:00
1/7/2024 12:00
2/7/2024 12:00
3/7/2024 12:00
4/7/2024 12:00
5/7/2024 12:00
6/7/2024 12:00
7/7/2024 12:00
8/7/2024 12:00
9/7/2024 12:00
10/7/2024 12:00
11/7/2024 12:00
12/7/2024 12:00
13/7/2024 12:00
14/7/2024 12:00
15/7/2024 12:00
16/7/2024 12:00
17/7/2024 12:00
18/7/2024 12:00
19/7/2024 12:00
20/7/2024 12:00
21/7/2024 12:00
22/7/2024 12:00
23/7/2024 12:00
24/7/2024 12:00
25/7/2024 12:00
26/7/2024 12:00
27/7/2024 12:00
28/7/2024 12:00
29/7/2024 12:00
30/7/2024 12:00
31/7/2024 12:00
1/8/2024 12:00
2/8/2024 12:00
3/8/2024 12:00
4/8/2024 12:00
5/8/2024 12:00
6/8/2024 12:00
7/8/2024 12:00
8/8/2024 12:00
9/8/2024 12:00
10/8/2024 12:00
11/8/2024 12:00
12/8/2024 12:00
13/8/2024 12:00
14/8/2024 12:00
15/8/2024 12:00
16/8/2024 12:00
17/8/2024 12:00
18/8/2024 12:00
19/8/2024 12:00
20/8/2024 12:00
21/8/2024 12:00
22/8/2024 12:00
23/8/2024 12:00
24/8/2024 12:00
25/8/2024 12:00
26/8/2024 12:00
27/8/2024 12:00
28/8/2024 12:00
29/8/2024 12:00
30/8/2024 12:00
31/8/2024 12:00
1/9/2024 12:00
2/9/2024 12:00
3/9/2024 12:00
4/9/2024 12:00
5/9/2024 12:00
6/9/2024 12:00
7/9/2024 12:00
8/9/2024 12:00
9/9/2024 12:00
10/9/2024 12:00
11/9/2024 12:00
12/9/2024 12:00
13/9/2024 12:00
14/9/2024 12:00
15/9/2024 12:00
16/9/2024 12:00
17/9/2024 12:00
18/9/2024 12:00
19/9/2024 12:00
20/9/2024 12:00
21/9/2024 12:00
22/9/2024 12:00
23/9/2024 12:00
24/9/2024 12:00
25/9/2024 12:00
26/9/2024 12:00
27/9/2024 12:00
28/9/2024 12:00
29/9/2024 12:00
30/9/2024 12:00
31/9/2024 12:00
1/10/2024 12:00
2/10/2024 12:00
3/10/2024 12:00
4/10/2024 12:00
5/10/2024 12:00
6/10/2024 12:00
7/10/2024 12:00
8/10/2024 12:00
9/10/2024 12:00
10/10/2024 12:00
11/10/2024 12:00
12/10/2024 12:00
13/10/2024 12:00
14/10/2024 12:00
15/10/2024 12:00
16/10/2024 12:00
17/10/2024 12:00
18/10/2024 12:00
19/10/2024 12:00
20/10/2024 12:00
21/10/2024 12:00
22/10/2024 12:00
23/10/2024 12:00
24/10/2024 12:00
25/10/2024 12:00
26/10/2024 12:00
27/10/2024 12:00
28/10/2024 12:00
29/10/2024 12:00
30/10/2024 12:00
31/10/2024 12:00
1/11/2024 12:00
2/11/2024 12:00
3/11/2024 12:00
4/11/2024 12:00
5/11/2024 12:00
6/11/2024 12:00
7/11/2024 12:00
8/11/2024 12:00
9/11/2024 12:00
10/11/2024 12:00
11/11/2024 12:00
12/11/2024 12:00
13/11/2024 12:00
14/11/2024 12:00
15/11/2024 12:00
16/11/2024 12:00
17/11/2024 12:00
18/11/2024 12:00
19/11/2024 12:00
20/11/2024 12:00
21/11/2024 12:00
22/11/2024 12:00
23/11/2024 12:00
24/11/2024 12:00
25/11/2024 12:00
26/11/2024 12:00
27/11/2024 12:00
28/11/2024 12:00
29/11/2024 12:00
30/11/2024 12:00
31/11/2024 12:00
1/12/2024 12:00
2/12/2024 12:00
3/12/2024 12:00
4/12/2024 12:00
5/12/2024 12:00
6/12/2024 12:00
7/12/2024 12:00
8/12/2024 12:00
9/12/2024 12:00
10/12/2024 12:00
11/12/2024 12:00
12/12/2024 12:00
13/12/2024 12:00
14/12/2024 12:00
15/12/2024 12:00
16/12/2024 12:00
17/12/2024 12:00
18/12/2024 12:00
19/12/2024 12:00
20/12/2024 12:00
21/12/2024 12:00
22/12/2024 12:00
23/12/2024 12:00
24/12/2024 12:00
25/12/2024 12:00
26/12/2024 12:00
27/12/2024 12:00
28/12/2024 12:00
29/12/2024 12:00
30/12/2024 12:00
31/12/2024 12:00
1/1/2025 12:00
2/1/2025 12:00
3/1/2025 12:00
4/1/2025 12:00
5/1/2025 12:00
6/1/2025 12:00
7/1/2025 12:00
8/1/2025 12:00
9/1/2025 12:00
10/1/2025 12:00
11/1/2025 12:00
12/1/2025 12:00
13/1/2025 12:00
14/1/2025 12:00
15/1/2025 12:00
16/1/2025 12:00
17/1/2025 12:00
18/1/2025 12:00
19/1/2025 12:00
20/1/2025 12:00
21/1/2025 12:00
22/1/2025 12:00
23/1/2025 12:00
24/1/2025 12:00
25/1/2025 12:00
26/1/2025 12:00
27/1/2025 12:00
28/1/2025 12:00
29/1/2025 12:00
30/1/2025 12:00
31/1/2025 12:00
1/2/2025 12:00
2/2/2025 12:00
3/2/2025 12:00
4/2/2025 12:00
5/2/2025 12:00
6/2/2025 12:00
7/2/2025 12:00
8/2/2025 12:00
9/2/2025 12:00
10/2/2025 12:00
11/2/2025 12:00
12/2/2025 12:00
13/2/2025 12:00
14/2/2025 12:00
15/2/2025 12:00
16/2/2025 12:00
17/2/2025 12:00
18/2/2025 12:00
19/2/2025 12:00
20/2/2025 12:00
21/2/2025 12:00
22/2/2025 12:00
23/2/2025 12:00
24/2/2025 12:00
25/2/2025 12:00
26/2/2025 12:00
27/2/2025 12:00
28/2/2025 12:00
29/2/2025 12:00
30/2/2025 12:00
31/2/2025 12:00
1/3/2025 12:00
2/3/2025 12:00
3/3/2025 12:00
4/3/2025 12:00
5/3/2025 12:00
6/3/2025 12:00
7/3/2025 12:00
8/3/2025 12:00
9/3/2025 12:00
10/3/2025 12:00
11/3/2025 12:00
12/3/2025 12:00
13/3/2025 12:00
14/3/2025 12:00
15/3/2025 12:00
16/3/2025 12:00
17/3/2025 12:00
18/3/2025 12:00
19/3/2025 12:00
20/3/2025 12:00
21/3/2025 12:00
22/3/2025 12:00
23/3/2025 12:00
24/3/2025 12:00
25/3/2025 12:00
26/3/2025 12:00
27/3/2025 12:00
28/3/2025 12:00
29/3/2025 12:00
30/3/2025 12:00
31/3/2025 12:00
1/4/2025 12:00
2/4/2025 12:00
3/4/2025 12:00
4/4/2025 12:00
5/4/2025 12:00
6/4/2025 12:00
7/4/2025 12:00
8/4/2025 12:00
9/4/2025 12:00
10/4/2025 12:00
11/4/2025 12:00
12/4/2025 12:00
13/4/2025 12:00
14/4/2025 12:00
15/4/2025 12:00
16/4/2025 12:00
17/4/2025 12:00
18/4/2025 12:00
19/4/2025 12:00
20/4/2025 12:00
21/4/2025 12:00
22/4/2025 12:00
23/4/2025 12:00
24/4/2025 12:00
25/4/2025 12:00
26/4/2025 12:00
27/4/2025 12:00
28/4/2025 12:00
29/4/2025 12:00
30/4/2025 12:00
31/4/2025 12:00
1/5/2025 12:00
2/5/2025 12:00
3/5/2025 12:00
4/5/2025 12:00
5/5/2025 12:00
6/5/2025 12:00
7/5/2025 12:00
8/5/2025 12:00
9/5/2025 12:00
10/5/2025 12:00
11/5/2025 12:00
12/5/2025 12:00
13/5/2025 12:00
14/5/2025 12:00
15/5/2025 12:00
16/5/2025 12:00
17/5/2025 12:00
18/5/2025 12:00
19/5/2025 12:00
20/5/2025 12:00
21/5/2025 12:00
22/5/2025 12:00
23/5/2025 12:00
24/5/2025 12:00
25/5/2025 12:00
26/5/2025 12:00
27/5/2025 12:00
28/5/2025 12:00
29/5/2025 12:00
30/5/2025 12:00
31/5/2025 12:00
1/6/2025 12:00
2/6/2025 12:00
3/6/2025 12:00
4/6/2025 12:00
5/6/2025 12:00
6/6/2025 12:00
7/6/2025 12:00
8/6/2025 12:00
9/6/2025 12:00
10/6/2025 12:00
11/6/2025 12:00
12/6/2025 12:00
13/6/2025 12:00
14/6/2025 12:00
15/6/2025 12:00
16/6/2025 12:00
17/6/2025 12:00
18/6/2025 12:00
19/6/2025 12:00
20/6/2025 12:00
21/6/2025 12:00
22/6/2025 12:00
23/6/2025 12:00
24/6/2025 12:00
25/6/2025 12:00
26/6/2025 12:00
27/6/2025 12:00
28/6/2025 12:00
29/6/202

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

ת.ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

"ממלוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני גטוהרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
קריית-אגון שלמה המלך סינת חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חדרה חלל ימח 11 טל: 04-6221123 פקס: 04-6336757	פתח-תקוה נוהדא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק עירא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דור ימח 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שופם שבוי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 23/08/2023
 עיר/יישוב: פתח תקוה תיק מס': 430458
 מקלידה: דנילוב דמיטרי 17:06
 גורם מבטח: ש. בריאות כללית בוצע ב :
 מספר זהות: 055597405
 ת. לידה: 16/12/1958 מין: נ רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160

תוצאות צילום חזה AP + LAT

אין תסנין או תהליך פעיל בריאות.

סינוסים חופשיים.

צל הלב בגודלו וצורתו תקין.

שלד גרמי תקין.

תוצאות צילומי צלעות

אין לזהות שברים.

מבנה תקין של הנ"ל.

רופא בודק : ד"ר דנילוב דמיטרי
 רישיון רופא בודק : 89012

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, מחוזה עבירה.

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

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

"ממלגרי" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני מטרופיזה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.R.G. E.M.G.		
פתח תקוה נורדאו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה חלל יפח 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך פיתח הר"ר הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין טלפז שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226	נתניה ד"ר רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

שם משפחה: עידאן
שם פרטי: רחל
מספר זהות: 055597405
ת. לידה: 16/12/1958 מין: נ רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160
תאריך ביקור: 23/08/2023
עיר/יישוב: פתח תקוה תיק מס': 430458
מקלידה: דנילוב דמיטרי 17:06
גורם מבטח: ש. בריאות כללית בוצע ב:

תוצאות צילום חזה AP + LAT

אין תסנין או תהליך פעיל בריאות.

סינוסים חופשים.

צל הלב בגודלו וצורתו תקין.

שלד גרמי תקין.

תוצאות צילומי צלעות

אין לזהות שברים.

מבנה תקין של הנ"ל.

רופא בוחן: ד"ר דנילוב דמיטרי
רישיון רופא בודק: 89012

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 מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה