

תאריך חתימת המסמך: 22/5/23

התובע: **אור בן זימן, ת"ז 325027563**
מרחוב יצחק רבין 20, חולון
טלפון: 050-7643318

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

– נ ג ד –

הנתבע: **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300; פקס: 03-9620303
דוא"ל: poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

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

סכום האגרה: 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

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

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



(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 27/9/02, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 59-000-89 (להלן: "**הרכב/האופנוע**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה, תמונות, וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, מחמת התאונה ותוצאותיה כושרו נפגע, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 8/5/22, בשעה 16:49 בסמוך לכך, ברחוב המסגר, בתל אביב, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 566-72-301 והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו מספר חבלות מדממות בגפיים. חתך מדמם בשוק ימין הצריך תפירה ולאחר חיטוי, שטיפות ותפרים שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, הסרת תפרים בחלוף שבועיים, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע, חייל בשירות סדיר, המשיך לסבול מכאבים וקושי בהנעת הגפיים, נפיחות וכאבים המשיך במעקב הרפואי וטופל, בין היתר, במסגרת מרפאות הצבא.
10. בנוסף לכאבים והקושי בהנעת הגפיים, החתכים אשר העלו ארוכה הותירו צלקות המעטירות את גפיו. צלקות עגולות ומכערות במרפקים וצלקת מכערת והיפרפיגמנטרית בשוק רגל ימין.

11. בתאריך 3/4/23 נבדק התובע ע"י מומחה לכירורגיה פלסטית אשר המליץ על טיפול שמרני, הימנעות מחשיפה לשמש והמשך מעקב רפואי.
- רצ"ב תעודות רפואיות ותמונות צלקות, מסומנות "כנספה 2".
12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות המרפקים ושוק ימין, מקושי בביצוע פעילות פיזית, מצלקות מכערות, בולטות ורגישות למגע והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
13. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, חייל בשירות חובה, צעיר בתחילת דרכו אשר מחמת התאונה ותוצאותיה נפגע כושרו ופוטנציאל השתכרותו.
14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|---|----------|
| פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – | ₪ 56,500 |
| עזרת הזולת בעבר – | ₪ 10,250 |
| הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 6,500 |
| הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 7,250 |

- ב. נזק כללי:
- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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



18. הנתבע חייב לפצות את התובע בהיותו מבטח השימוש ברכב במועד התאונה.

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות עם תמונות (עמודים 10 עד 21)	10
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים (עמודים 23 עד 23)	23
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 25 עד 28)	25



נספח 1 :

אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה

(עמודים 7 עד 8)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא: 223360/2022
סיווג תיק: ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק: יט
תאריך: 21/06/2022, כ"ב סיון תשפ"ב, 16:16

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת: אומץ 2, תל אביב
טלפון: 03-6802222
פקס: 03-6803607
דואר: bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה:

08/05/2022

בשעה

16:49

2. מקום התאונה:

תל אביב יפו צומת רחוב המסגר עם רחוב גווארדיה בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב

56672301

סוג רכב

אופנוע להגשת עזרה ראשונה

תוצר רכב

סאן יאנג טיואן

חברת ביטוח

הפול הישראלי

מספר פוליסה

204-711700654322-00

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	37825635	עיוטי איברהים	13/06/1983	ת"א - יפו, שד' חב"ד 40	הדסה עירוני - איכילוב	קשה

פרטי הרכב:

מספר רכב

5900089

סוג רכב

אופנוע

תוצר רכב

סאן יאנג טיואן

חברת ביטוח

הפול הישראלי

מספר פוליסה

932200169022

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	325027563	בן זימן אור	27/09/2002	חולון, רבין יצחק 20	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים:

פרטי המטפל בתיק

פרטי השוטר המוסר

מ"א

1184191

שם משפחה

ריכטר

שם פרטי

גרשון

מ"א

1195114

שם משפחה

נחמיאס

שם פרטי

יהודה

דרגה

רסמ

חתימה

21/06/2022 16:16

דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי
באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
אורן בן זימן	59-000-89	932200/69022	325027563		050-7643318
סוג רכב: ☒ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר					

פרטי הנהג (בזמן האירוע) * חובה לצרף צילום ת.ז, צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
אורן בן זימן	רחוב צמק 20 תל אביב	בעל		050-7643318
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה
27/09/2002	325027563			

☒ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במסד רפואי
אורן בן זימן	325027563	רחוב צמק 20 תל אביב	050-7643318	2002	אביאל תל אביב
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במסד רפואי

סוג נפגע: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
08/05/22	16:49	3 היסטוריית תאונה	כן (לא)	כן (לא)
****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:				
הנהג נסעה, לפתע הפיק רכב דג' (אויזר וההסלה) תשלום ממנו נאמר כביש נסעתי, ופסע בי.				
תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: נזק קל ללמי				
האם דיווח למשטרה (כן/לא) ☒				

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☒ במסגרת פרטית

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון
ד"ר אביהר היי	566-72-301	שג' תיב"ז סל ת"א	הפול	054-7117000	204-7117000

אני הח"מ	תאריך	חתימת המבוטח	חתימת הנהג
אורן בן זימן	27/09/2022		

נספח 2 :

תעודות רפואיות עם תמונות

(עמודים 10 עד 21)



תאריך ושעת ההדפסה: 21:10 08/05/2022

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXPERIENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' ויקי קרין	אחות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: בן זימן	שם פרטי: אור	ת.ז.: 325027563
תאריך לידה: 27/09/2002	גיל: 19	טלפון: 03-5059492
מין: זכר	מבוטח בקופה: ללא קופ"ח	כתובת: שאלתיאל דוד 12 חולון 5845114

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 08/05/2022 17:26 מספר מקרה: 12633563

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עוקרית

תאונת אופנוע

מחלה נוכחית

בן 19 בריא בד"כ, לא תרופות ולא אלרגיות

התקבל לאחר שהיה מעורב בתאונת אופנוע כבדה, חבלש קסדה בדגם שהתחיל את התנועה אופנוע של מד"א פגע בו מצדו ימין והטופל איבד שליטה על כל הרכב ונפל ממנו בעת הנפילה נחבל ברגל ימין בכת - מקבל על סבבים בשוק וטן שולל איבוד תודעה, זכר את כל הפרטים, שולל הקאות ובחילות, שולל חבלת ראש וצוואר.

בבדיקה בסיסית: GCS 15

צווח המודע ויש מוחות

AEC - תקין

פ - לא נשמעו שרידונוס אדים

פ - שרידות על בית החזה, ולא (flail chest)

פ - נפחית ואדים על שוק שמאלית בשליש אמצעי, נפוחות שורש קף רגל, דופק ותחושה ברגל שמורים

לסיים

מטופל לאחר תאונת דרכים עם חבלות שוק ימין עם חתך חזק לתפירה ופצע ברגל שמאלית בדרגה

ת

איתנים

מבטח

אודות

איתנים

תודה רבה לרופאים על דאגתם 2% תאריך חסי עם סבבים תפירה 2-0, בוע 5 תפרים, חבישה סטרילית

ייעוץ אורתופדי:

בן 19 רקע כמתואר
ת.ד. תבלה מבודדת שוק ימין
בבדיקות
מתהלך בחופשיות
חתך שטחי שנתפר טרם בדיקתי בשוק ימין אספקט אחורי
ללא דפורמציה גרמית או רגישות גרמית מעל טיביה
ברך קרסול חופשיים ללא רגישות גרמית או הגבלה בתנועה
שמור NV דיסטלי
צילום ללא ממצא גרמי חריף
ללא צורך בהמשך טיפול אורתופדי במיון
להמשך טיפול מל"ד
אבחנות במיון

* ACCIDENT - MOTOR VEHICLE (E819.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
17:50 08/05/2022	37.1	152 / 79	101	7	99

טיפולם סיעודיים

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	א.ק.ג. בוצע

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	VL1 הכנסה בוצע

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	כאב 7

נקדים וצנתרים

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	VL1 הכנסה בוצע

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	לחץ דם 152 / 79 דופק 101

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

תאריך ושעה	פועלות המשך
17:50 08/05/2022	דופק 101 לחץ דם 152 / 79 כאב 7

ביצוע תרופות

צורת מיסין ומינון	תאריך ושעה	תדירות מהחלטה	תורפה
1000 mg	08/05/2022 17:59 כרמי נעה	Once	OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg
I.V			

0000

מטופל לאחר תאונת דרכים
חבלת שוק שמאל
חתך שנתפר כמתואר מעלה
עבר הערכה אורטופדית ללא עדות לשברים
לאור האמור משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות

המלצות כלליות

המלצה:
#אין לשטוף את החתך מחר. לאחר מכן ניתן לשטוף במים וסבון
#הסרת תפרים בעוד 10-14 ימים בקופת חולים
#נגדי כאב לפי צורך
#בכל החמרה יש לפנות לעזרה רפואית. בריאות שלמה
חופשת מחלה 7 ימים

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשקמה בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפלו
הוצאות מעבדה

תפקודי קרישה

תאריך	ערשי יחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
	10.03-12.43	Sec	11.30	08/05/22 17:51	PT, Sec - blood
	0.97-1.19		1.06	08/05/22 17:51	PT, INR
	25.00-34.00	Sec	27.60	08/05/22 17:51	PTT

ספירת דם

הערות	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	50 ריב דם
	4.3-5.8	10e6/μL	4.8	08/05/22 17:51	RBC
	13.2-17.0	g/dL	15.4	08/05/22 17:51	Hemoglobin
	39-49	%	43	08/05/22 17:51	HCT
	80.0-96.0	fL	89.4	08/05/22 17:51	MCV
	26.0-34.0	pg	31.9	08/05/22 17:51	MCH
	31.0-37.0	g/dL	35.6	08/05/22 17:51	MCHC
	0.0-15.0	%	14.3	08/05/22 17:51	RDW
	4.0-11.0	10e3/μL	0.0	08/05/22 17:51	NRBC/100 WBC
	4.0-10.0	%	12.9	08/05/22 17:51	WBC
	1.0-3.0	10e3/μL	76.3	08/05/22 17:51	Neutrophils %
	20.0-40.0	%	9.8	08/05/22 17:51	Neutrophils No.
	1.0-3.0	10e3/μL	15.5	08/05/22 17:51	Lymphocytes %
	2.0-16.0	%	2.0	08/05/22 17:51	Lymphocytes No.
	0.0-1.3	10e3/μL	7.2	08/05/22 17:51	Mono%
	0.0-0.6	%	0.9	08/05/22 17:51	Monocytes No.
	0.0-0.4	10e3/μL	0.6	08/05/22 17:51	Eosinophils %
	0.0-0.9	%	0.1	08/05/22 17:51	Eosinophils No.
	0.0-0.2	10e3/μL	0.2	08/05/22 17:51	Basophils%
	150-450	10e3/μL	0.0	08/05/22 17:51	Basophils No.
			796	08/05/22 17:51	Platelet, automated count

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה
	7.0-12.0	fL	7.7	08/05/22 17:51
Mean platelet volume				
			4.9	08/05/22 17:51
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood				

כימיה בדם

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה
	70-110	mg/dL	102	08/05/22 17:51
Glucose - blood				
	<5-25	mg/dL	11	08/05/22 17:51
Urea nitrogen (BUN) - blood				
	135.0-146.0	mmol/L	137.0	08/05/22 17:51
Sodium - blood				
	3.50-5.30	mmol/L	3.49	08/05/22 17:51
Potassium - blood				
	95-110	mmol/L	100	08/05/22 17:51
Chloride - blood				
	0.70-1.30	mg/dL	1.01	08/05/22 17:51
Creatinine				
	<0.1-1.20	mg/dL	0.77	08/05/22 17:51
Bilirubin, total - blood				
	<8-39	U/L	18	08/05/22 17:51
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood				
	6-42	U/L	17	08/05/22 17:51
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood				
	<0.03-5.00	mg/L	0.11	08/05/22 17:51
CRP (WIDE RANGE)				
	0-50	ng/L	<2.500	08/05/22 17:51
Troponin I - blood				
	12-51	U/L	28	08/05/22 17:51
Lipase - blood				

חתימה אגודת משחררות

שם החותם	תפקיד	תאריך חתימה
כרמי חנה	אח/ת משחררת	08/05/2022 21:30

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	תאריך חתימה
ד"ר גרבר אדוארד מ.ר. 148055	רופא/ת משחרר	08/05/2022 21:03

החשן מעבר רופא מטפל לפי הצורך. בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפניה חוזרת לקו או במסלול רפואי פאה אליה הוזמנה. עליו להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסלול טיפול

במסלול טיפול, כולל טיפול תרופתי, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות

החל ממועד טיפול ראשון

חלק החירום שליווה את החירום שליווה את החירום - 113

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 8840

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 03-6947630

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 1202

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 1202

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 1202

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 03-6947630

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 03-6947630

מחלקת ליווה את החירום שליווה את החירום - 03-6947630

טופס הזמנה לרנטגן מין

מתאריך: 08/05/22 שעה: 18:03

נתונים דמוגרפיים

שם: בן זימן אור ת.ז.: 32502756-3 מקרה: 0012633563 גיל: Y19 מין: זכר

פרטי ההזמנה

יחידה רפואית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה

יחידה סיעודית מזמינה: מלרד

טלפון ביחידה המזמינה: 3686

מספר הזמנה: 34502306

תאריך רצוי: שעה רצויה: : עדיפות: ללא עדיפות ד.זיהום:

נתוני הזמנה

תולדות מחלה: תאונת אופנוע

רשימת שאלות:

אבחנה:

סוג שינוע:

מאפיינים מיוחדים:

שימושים מוזמנים

שירות	תיאור שירות	טקסט משלים	לוקליזציה	כמות	צום
ME10130	צילום בית החזה		ללא לוקליזציה	1	
ME10140	צילום בטן סוקר		ללא לוקליזציה	1	
ME10188	צילום שוק		ללא לוקליזציה	1	
ME10190	צילום כף רגל		ללא לוקליזציה	1	
ME10192	צילום קרסול		ללא לוקליזציה	1	

הפאז מזמן: בן זימן

מ.ר.ר: 0

חתימה

08.05.2022 18:06

טופס הזמנה עמוד 1 מתוך 1

מס' ביקור: 13786723 תאריך: 10/05/22 שעת קבלה: 20:13 תאריך: 10/05/2022 שעת סיום: 23:08
שם המטופל: אור בן זימן מס' זהות: 325027563 גיל: 19.6 מס' אישי: 9028811
כתובת: תולון תולון 0 דירה 0 050-2514025 מרפאה: ראשון לציון

תקע רפואי: כריא בדר"ב

הגישות לתרופות: לא ידוע

תלויות החולצה:

כן 19 בריא בד"כ ללא רגישות לתרופות
ביום ראשון עבר הוא את דרכים באופנת כנה, חבש קסדה, נבדק במיון איכילוב
עבר בירור רופא במיון, חתך הקוק למסירה עבר צילום ללא ממצא חריג בשקד ובחזה
מה כעת עמך כאבים בכף רגל ימין ונפיחות -

מדדים: חום: 37 PO לחץ דם: 142/82 דופק: 83 סטורציה: 100%

בדיקה גופנית:

נפיקות ורגישות בכף רגל ימין

בדירות עיר

10 בדצמבר

三、
四、

4430

五、

22:56

תעבורה חופשית

אברהם יצחק

PAIN IN ANKLE

טויסן'ס צווייגן

[illegible]

1107-1111-15

1944-1945

1977-1978

יחידה	מספר	מספר פעמים ביום	משך ימים
unit	1	2	2

VOLTAREN EMULGEL 90GR

7-11-1977

ד"ר חגי מילר
מ"ס רשיון 1-158995
דואר 22

חתימה: דודתם הרופא

158995 רשימת הרופאים

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 10/15/2010 BY 60322 UCBAW

[illegible]

תעודה רפואית

מס' ביקור: 13786723 תאריך: 10/05/22 שעת קבלה: 20:13 תאריך: 10/05/2022 שעת סיום: 23:08
שם המטופל: אורן בן זימן מס' זהות: 325027563 גיל: 19.6 מס' אישי: 9028811
כתובת: תולין תולין 0 דירה 0 050-2514025 מרפאה: ראשון לציון

צילום - ללא ממזא גרמי מבנה שמור
מומלץ
מעקב רופא יחידה
בדיקת רופא אורתופד דרך היחידה
משכי כאבים לפי הצורך
במידה ויש החמרה לחזור לבדיקת רופא
מס' גימלים: 0

עמוד 10

110

11

ד"ר תביסאליל מוחמד
מ"ס 158995
רופא כללי

חתימה וחתימת הרופא:

158995 1807 1/2

1944-1945

[illegible]

המחיר המלא של המוצר הנמכר הוא 100 ש"ח. המחיר המלא של המוצר הנמכר הוא 100 ש"ח. המחיר המלא של המוצר הנמכר הוא 100 ש"ח.

מס' ביקור: 13786723 תאריך: 10/05/22 שעת קבלה: 20:13 תאריך: 10/05/2022 שעת סיום: 23:08
שם המטופל: אור בן זימן מס' זהות: 325027563 גיל: 19.6 מס' אישי: 9028811
כתובת: תולין ותולין 0 דירה 0 050-2514025 מרפאה: ראשון לציון

צילום רגלי

ללא סממנים גרמי

T 2000

T 3000

ד"ר חביבא ל"ה מרחמד
מ"ס 158995
דופא בלם

התורה והנחמה והרפא:

158995 :אפ"ר ת"ש

1951-1952

החלטת הוועדה להעביר את המעורבות בפרויקט לרשות הממשלית, במסגרתו יוקם מרכז מחקר ופיתוח, אשר יאגף את כל המידע הרלוונטי, ויבצע את המחקר, ויפיק את המסקנות, ויגיש את המסקנות לרשות הממשלית. החלטת הוועדה להעביר את המעורבות בפרויקט לרשות הממשלית, במסגרתו יוקם מרכז מחקר ופיתוח, אשר יאגף את כל המידע הרלוונטי, ויבצע את המחקר, ויפיק את המסקנות, ויגיש את המסקנות לרשות הממשלית.

ד"ר לבנטר מרק

מומחה בכירורגיה פלסטית ואסתטית

טיפול בנגעי/גידולי עור, סרטן עור, לרבות ניתוחי מוס MOHS

שם: אור בן ציון ת.ז.: 325027563

נייד: 32502514565 גיל+מין: 20 / נ

תלונות:

בג. 22.5 היה מציב כת"צ לנכדו.
מתגורר סביב ים יאצור ארמון.
בטיול הנער נפטר כאשר פנה צדק האלקות.
הוסבה לבני דלקות וזרכי אילוף.

רקע:

פ
גישות לתרופות: פ

בדיקה:

במבטקיו הולך ללקות עמולות
לא סימני היסטוריה.
בטיול ים יאצור ללקות בלחות א
היסטוריה ללקות לא סימני היסטוריה.

המלצות:

ללקות וסימני ציבורי עז
ואניעה למחלה אחרת
הואטק שלב עזק (אני) אספה

תאריך

3/4/20

ד"ר לבנטר מרק
מומחה לכירורגיה פלסטית
חתימה: 30209 ח.ר. 22242

תל-אביב

פתח תקווה

ראשון לציון

מרפאה: 0544-790392 / 03-6992368 Dr.Labandter@gmail.com







נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים

(עמודים 23 עד 23)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

אור בן זימן - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול

התובע מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, ובתחום הכירורגיה הפלסטית לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב ובמסגרת מרפאות הצבא.

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

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



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 25 עד 28)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה בן זימן שם פרטי אור
תעודת זהות 325027563 שם האב _____
מס' 20 עיר חיפה טלפון _____
רחוב כ"א מיקוד 5845119

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 _____
תאריך: 12.9.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. 6982 מ.ר. מ.ר.
חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, אלר בן ציון, מרחוב 3202563, ת.ז. מס' 3202563, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו ד"ר רותם בענין תאונת דרכים מיום 02/05/2008 נגד 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, ואו 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 ואו 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 ואו 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.

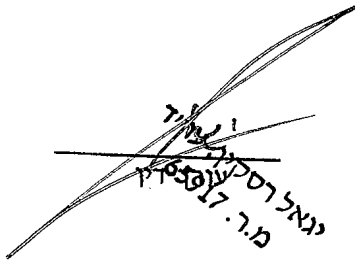
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 10 לחודש ספטמבר שנה 2022

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


נאמר דס' ע' ס' פ' ד'
מ.ר. 17.10.22



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אלרן ק ז"ר בעל ת.ז. 325027563 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט מלח ב כסר סכר לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מרסל מירון מרחוב יגאל אלון 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום 12/9/22
הופיעה בפני אלרן ק ז"ר (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
325027563 ולאחר שהוזהרתי/ה 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.

עו"ד מרסל מירון
מס' רשיון: 62254
חתימת עורך הדין