

התובעת:**קשת רוז, ת.ז. 302970298**
מרחוב הצפורן 39, ירושליםע"י עו"ד אריאל פרייברג ואח'
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעות:**1. "אגד", אגודה שיתופית לתחבורה ציבורית בע"מ**
משד' מנחם בגין 5, בית דגן**2. הראל, חברה לביטוח בע"מ**
מדרך אבא הלל 3, רמת גן**מהות התביעה:**נזיקין – נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה – 1975.**סכום התביעה:**

אינו ניתן להערכה.

כתב תביעה

1. הנתבעת 1, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו בעלת הרכב, מסוג אוטובוס הנושא מ.ר. 75-181-69 (להלן: "**הרכב**") ומתירת השימוש בו.
2. הנתבעת 2 הינה חברה 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.
3. התובעת, ילידת 1990, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
4. ביום 14.12.19, בשעה 23:00 או בסמוך לכך, ברחוב צביה ויצחק, בירושלים, עת ירדה מהרכב החליקה ונפגעה בקרסול ימין (להלן: "התאונה").
- רצ"ב אישור משטרה וצילום כרטיס רב-קו, מסומנים "1 - 2" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
5. אמבולנס של איחוד הצלה אשר הגיע למקום איבחן חבלה לקרסול ימין עם שינוי צורה והיא הובהלה לבית החולים שערי צדק, בירושלים. בדיקת הדמיה אשר בוצעה לתובעת הדגימה שבר בקרסול ימין. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה כשרגלה נתונה בסד גבס עם איסור דריכה, המלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה בת 21 ימים.

רצ"ב דו"ח איחוד הצלה וסיכום אשפוז, מסומנים "3 - 5" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת המרפאה האורתופדית של מרכז רפואי העמק, בעפולה, שם הומלץ על קבלת זריקות נוגדי קרישה, המשך נטילת משככי כאבים ומנוחה ללא דריכה למשך שישה שבועות ובמשך תקופה זו נעדרה מעבודתה.

רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות "6 - 11" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

7. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות קרסול ימין, כמו גם קושי ניכר בהליכה, עמידה ופעילות יומיומית ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים.

רצ"ב אישורי ביקור ותעודות רפואיות, מסומנים "12 - 19" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. מאז התאונה, סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות קרסול ורגל ימין, מקושי בהליכה, עמידה ושיבה ממושכת, מקושי בעליה וירידת מדרגות, קשיי ניידות, מחרדה ולחץ נפשי והטיפול בה צפויים להימשך גם בעתיד.

9. התובעת עובדת בעיריית ירושלים כתומכת חינוכית במסגרת החינוך המיוחד, עבודה הכרוכה בעמידה והליכה ממושכות ואחריות רבה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה ונגרמו לה הפסדי שכר.

10. התובעת, אשר מתגוררת בגפה, נאלצה לאחר התאונה להיעזר בעזרת בני משפחה באופן מוגבר. מאז התאונה, מוגבלת התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לכך גם בעתיד.

11. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, ובשים לב לכך שלא מובטח לה מקום ישיבה בתחבורה ציבורית, נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

12. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

₪ 50,000	(1) הפסדי השתכרות לתובעת בעבר -
₪ 20,000	(2) עזרת הזולת לתובעת בעבר -
₪ 12,000	(3) הוצאות רפואיות ופארה רפאיות ונסיעות התובעת לטיפולים בעבר -
₪ 10,800	(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -

ב. נזק כללי:

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

(1) הגריעה מכוסר ההשתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הפיזיולוגית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(1) עזרת הזולת בעתיד.

(2) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(3) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובעת.

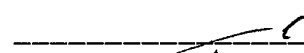
13. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובעת בהיותה בעלת הרכב ומתירת השימוש בו בעת התאונה.

14. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

15. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.

16. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהולן העסקי של הנתבעות 1-2.

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידת בוחנים מחוז ירושלים
 תאריך: 06/02/2020 י"א שבט תש"פ 14:13
 מס' תיק חסיף: 5 - 2020 - 991 - 5008
 טלפון: 02-6596444
 כתובת: רחוב יפו 97, ירושלים, בנין כלל.
 נושא התסמן: bohanim.jerusalem@police.gov.il
 מספר תיק: 55404 / 2020
 סיווג תיק: ח.כ.
 מס' חסמן: ח.כ.
 פקס: 02-6596446
 מייל:

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 14/12/2019 בשעה 23:30
2. מקום התאונה: ירושלים: צביה וצחק בנביש עירוני
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב			
מספר רכב	סוג רכב	מוצא רכב	
7518169	אוטובוס צבאי עיר מפרק	מ אן גרמניה	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית	שנת לידה
תראל	315031060933	ישראלית	
שיון המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
נרג		אימן מתסן	
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
שיון המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
נוסע	302970298	קשת רוז	01/03/1990
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
ירושלים, הצפון 39	שערי צדק		

4. פרטי חולכי רגל:

5. נכות נפגעים: 1 מצב התיק: במקרה: 06/02/2020 מתאריך:

פרטי המטפל בתיק

ח"א	שם משפחה	שם פרטי
1763457	שמורק	גליה

פרטי השומר החסר

ח"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1763457	רס"מ	שמורק	גליה

1



דו"ח רפואי



מס' משימה 7523695 מס' אמבולנס 28 תאריך ושעה 14/12/19 23:00

שם החולה קלר זל תז 302970298 שם האב זל כתובת מגורים (נצחיות) 38 יבג טלפון 054-4550559 תאריך לידה 1/3/90 קופת חולים כללית

כתובת ומיקום המקרה במלך שלם בתחנת האלמוגים

מקום האירוע ☐ בבית ☒ ברשות הרבים ☐ מתקן רפואי ☐ במקום העבודה ☐ חבירה ב

מצב הנפגע בהגעה למקרה

הערכת דופק: תקין / מהיר / איטי / ללא דופק סדיר / לא סדיר

תלונה עיקרית: מלך בלתי יציב קוד מקרה ☐ ☐ ☐

סוג האירוע: חולה / טראומה / יולדת / אחר

רמת הכרה: A/V/P/U

בעיה בנתיב אוויר: כן / לא

סמני מצוקה נשימתית: כן / לא

רגישויות של החולה

פעולות שבוצעו ע"י הצוות המטפל

מדידה / 3 שעה	מדידה / 2 שעה	בהגעה	מדידים
			דופק
		A	רמת הכרה
			לחץ דם
			מספר ואיכות נשימות
			סטורציה
			רמת סוכר
			מצב העור

סיפור מקרה ואבחנה רפואית

בבית 29 ירדה אלמוגים ובמליק ובתקוצ'אג מלכה זקנה אל הכרם
לאחר שהיא ירדה אלמוגים. הורא שיש צרות קרסול ימין

הטיפול שניתן

מגבת אוויר ☐ הנשמה במפוח ☐ סקשן ☐ עיסויים ☐ חמצן ☐ עירוי נוזלים ☐ סמ"ק
עצירת שט"ד ☐ חבישת פצע ☐ קיבוע ☐ חוסם עורקים ☐ קיבוע לקרש גב ☐ גלוקוגל ☐ יח'
אספירין בלעיסה ☐ מ"ג ☐ אפיפן ☐ שוק חשמלי - מס' שוקים ☐ לידה ☐
הערות לטיפול

המשך טיפול

סיוע / ייעוץ ע"י רופא / פראמדיק

אופן הפינוי: דחוף / רגיל פונה על ידי (כן) נט"ן
חברת האמבולנס המפנה 337 תז 38

יעד הפינוי: 337 שם המקבל (שם + תפקיד המקבל ביעד הפינוי)

סירוב פינוי - בניגוד להמלצת הצוות הרפואי, אני מסרב בכל תוקף לפינוי לבית חולים / מתקן רפואי ולוקח על עצמי

את מלוא האחריות שם תז. תתימה

שם הנהג / ראש הצוות ומס' כונן 8300 אלב זל

אנשי צוות נוספים ומספרי כוננים 8937 אלב זל 8507 אלב זל

דוח זל 8300

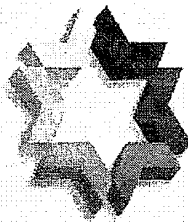
חתימה

תאריך הדפסה: 15/12/2019

דף 1 מתוך 2

Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem

Affiliated with the Hebrew University School of Medicine, Jerusalem

**המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים (ע"ר)**

מסונף לביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים

בס"ד

מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות**סיכום שחרור**

מחלקה: חדר מיון	סוג קבלה: דחוף	מנהל המחלקה: ד"ר זלוט טוד
שם משפחה: רוז	שם פרטי: קשת	שם האב: דוד פאו
מספר אשפוז: 11639966		מספר זהות: 0-302970298
כתובת: הצפון 39 ירושלים		טלפון: 054-4550559
מין: נקבה	מצב משפחתי: שנת עליה:	תאריך לידה: 01/03/1990
ארץ לידה:		ארץ לידה אב:
תאריך קבלה: 14/12/2019 23:11		תאריך שחרור:
קופת חולים: כללית		

תנועות:

תאריך יציאה

תאריך כניסה

מחלקה

14/12/2019

חדר מיון

אבחנות פעילות:

BIMALLEOLAR FRACTURE, CLOSED - Right

הצגת החולה:

בת 29,

תלונה עיקרית:

חבלה בקרסול

מחלה נוכחית:

בת 29, ברקע OSTEOPOROSIS (משני ל-ANOREXIA בעבר).
 ביום קבלתה ירדה מהאוטובוס ועשתה תנועה סיבובית לקרסול ימין שלה בסופיגציה.
 מאז לא מצליחה לדרוך על הרגל.

רקע רפואי:

פרוט מחלות:

בריאה בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע ולא ידועה רגישות לתרופות

רגישויות:

Ofloxacin - תגובה: התנפחות בכל הגוף

תרופות בבית:

אינו/ה נוטל/ת תרופות

תאריך הדפסה: 15/12/2019

דף 2 מתוך 2

בדיקה גופנית בקבלה:

סימנים חיוניים:

ל"ד 106/64, דופק 69, חום 36.4 PO, נלקח 14/12 23:29

נפיחות ++ בקרסול ימין מעל פטישון לטראלי.

רגישות קלה מעל פטישון מדיאלי

ללא רגישות מסביב לברך או מעל MT5.

ללא חוסר NV ברגל ימין.

ללא פצע בעור.

מהלך ודיון:

בת 29, בריאה,

ביום קבלתה ירדה מהאוטובוס ועשתה תנועה סיבובית לקרסול ימין שלה בסופינציה.

מאז לא מצליחה לדרוך על הרגל.

בצילום - שבר בימלילור קרסול ימין. WEBER A.

רגל הושם בגבס.

בצילום ביקורת - עמדה מתקבלת.

תוכנית: שיחרור להמשך מעקב מרפאתי

מספר ימי מחלה: 21

תרופות באשפוז:

14/12/19 23:35 Dipyrone

1000 mg

המלצות בשחרור:

- (1) במקרה של הופעת כאב גס בגבס, שינוי בתחושה ברגל, נפיחות רבה או החמרה אחרת. יש לפנות לטיפול רפואי.
- (2) מעקב אצל הרופא המטפל בהקדם.
- (3) משככי כאבים לפי הצורך.
- (4) רגל מורמת במנוחה או מונחת במתלה.
- (5) ביקורת מרפאה אורתופדית כף רגל בעוד שבוע.
- (6) לא להרטיב את הגבס.
- (7) חופשת מחלה 21 יום
- (8) הליכה ללא דריכה על רגל ימין

מ.ר: 000124860 תאריך חתימה: 15/12/19 00:59

חתימת רופא/ה מתמחה מורשה שחרור: ד"ר כהן יהושע

שם הרופא: ד"ר מירלה שטרן
תחום: רפואת משפחה
מספר רשיון: 21458
כתובת: צביה ויצחק 5, ירושלים
טלפון: 02-6301200
פקס: 02-6301201
מרפאה: גילה אפ טאון - ירושלים מחוז: ירושלים

תאריך: 9/12/2019

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
רוז קשת	00-30297029-8	29.09	נ	01/03/1990	דוד פאו
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
הצפון	39	54	4550559	54	4550559
ירושלים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 35548145747



לכבוד: אורתופד כף רגל עפולה

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	70017	L9249	אורתופדיה כף רגל
6010170			

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות אל תור - בקשה להפניה לאורתופד בעפולה

סימנים חיוניים: גובה 164 31/05/2018 משקל 51 28/02/2019 bmi 18.96

לחץ דם 58 14/08/2018 94

דופק 59 14/08/2018

11/09/2019 מתאריך 104.28 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
P027	ISSUE OF MEDICAL CERTIFICATE

בעיות פעילות

מ. גילוי	אבחנה
01/10/2004	ANOREXIA NERVOSA
01/01/1994	CONVULSIONS NOS
01/02/1999	SCOLIOSIS
01/01/2007	OSTEOPOROSIS
01/06/2017	PERSONALITY DISORDER
	cluster B

רגישויות

ולאו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
OFLODEX TAB		
לא יודע		
OFLODEX TAB		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	2.5	CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG
ביום	1	טבליות	1	LAMOTRIGINE 200MG TAB 200MG
ביום	1	טבליות	1	FEMINET TAB CF BOX 21 CF

מטרת הבדיקה: 4 ימים אחרי שבר מימלאולרי מימין שגובס במיון שע"צ (מצורף מכתב שיחרור) נמצאת אצל הוריה בעפולה. זקוקה לביקורת אורתופדית

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מירלה שטרן

21458

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



סיכום ביקור מרפאה אורתופדית - טראומה

שם משפחה: רוז	ת. לידה:	01/03/1990	מערך אורתופדי
שם פרטי: קשת	ת.ז:	30297029	מנהל מערך: פרופ' נמרוד רוזן
כתובת: ירושלים, הצפון,	מין:	נקבה	מנהל יחידה: פרופ' רוזן נמרוד
טלפון: 046800464	גיל:	29	מ.ר. 17136
נייד: 0544550559	מצב משפחתי:		אחות אחראית: רננה כחלון
סוג דם:	שם האב:	דוד פאו	מספר ביקור: 2019362876
			טלפון: 04-6494112
			פקס: 04-6495104

תאריך ביקור במרפאה: 22/12/2019

אבחנות בביקור

- BIMALLEOLAR FRACTURE CLOSED (Right) (8244) 14/12/2019

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בתאריך 14/12/2019 בירידה מאוטובוס סובבה קרסול ימין ופנה לבית חולים שערי צדק שם נבדקה ע"י אורתופד ואוחבנה עם שבר בפטישון חיצוני, טופלה בגבס גלילי

היום בביקורת 22/12/2019 קרסול ימין עם גבס מלא לקרסול ימין, ללא סימני לחץ, קצת התרופף באזור העקב, ללא חסר NV בבהגות

בצילום ביקורת מהיום - שבר בימאלאולר ללא תזוזה

המלצות לביקור הבא

המשך מעקב רופא מטפל

נגדי סאבים לפי צורך

ממליץ 40 CLEXANE מ"ג פעם ביום ל 14 ימים לפחות

המשך רגל ימין עם גבס, ללא דריכה

ביקורת במרפאתנו בעוד 14 ימים

בלב החמרה יש לפנות לרופא זמין

דיווח פעולות:

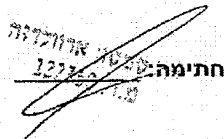
קוד שירות 70508 1 כמות פעולה בדיקת רופא ראשונה לאחר אשפוז/ מיון תאריך 22/12/2019 11:39 נרשם ע"י 122360 מ.ר. ארוולדה סמסון

המשך טיפול

הערות

קוד פעולה מועד מומלץ

פעולה

חתימה: 
122360 מ.ר. ארוולדה

מכתב נחתם ע"י: דר' ארוולדה סמסון מ.ר. 122360

המכתב הודפס על ידי דר' ארוולדה סמסון 22/12/2019 11:39
חסי אישוי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



סיכום ביקור מרפאה אורתופדית - טראומה

מערך אורתופדי
מנהל מערך: פרופ' נמרוד רזן
מנהל יחידה: פרופ' רזן נמרוד
מ.ר. 17136
אחות אחראית: רננה כחלון
מספר ביקור:
2020003931
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: רז	ת. לידה: 01/03/1990
שם פרטי: קשת	ת.ז: 30297029
כתובת: ירושלים, הצפון,	מין: נקבה
טלפון: 046800464	גיל: 29
נייד: 0544550559	מצב משפחתי:
סוג דם:	שם האב: דוד פאו

תאריך ביקור במרפאה: 05/01/2020

אבחנות בביקור

- BIMALLEOLAR FRACTURE CLOSED (Right) (8244) 14/12/2019

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בתאריך 14/12/2019 בירידה מאוטובוס סובבה קרסול ימין ופנה לבית חולים שערי צדק שם נבדקה ע"י אורתופד ואוחבנה עם שבר בפטישון חיצוני, טופלה בגבס גילי.

היום בביקור 22/12/2019 קרסול ימין עם גבס מלא לקרסול ימין, ללא סימני לחץ, קצת התרופף באזור העקב, ללא חסר NV בבהנות
בצילום ביקורת מהיום- שבר בימאלאולר ללא תזוזה

5/1/2020 ביקורת:
החולה כבר 3 שבועות לאחר טיפול שמרני שבר פטישון חיצוני שטופל שמרני בבדיקת היום קרסול ימין עם גבס מלא, מניעה אצבעות אן חוסר NV .
החולה מצינת שהיא לא בהריון
בצילום מהיום: סימני תחילת חיבור
לאחר יעץ עם דר' דייב החולה תמשיך עם גבס מלא לעוד 3 שבועות
החולה משחררת עם ההמלצות הבאות:

המלצות לביקור הבא

המשך מעקב רופא מטפל
נוגדי סבבים לפי צורך
הליכה ללא דריכה על רגל ימין בעזרת קפיים או הליכון, במידה ולא יסלה, יש להתייעץ עם רופא מטפל לטיפול עם מדללי דם
המשך רגל ימין עם גבס, ללא דריכה
ביקורת במרפאתנו בעוד 3 שבועות
מנוחה עד הביקורת
בלחץ החמרה יש לפנות לרופא זמן

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	10:40 05/01/2020	דר' שתיי שתיי מ.ר. 1133030

המשך טיפול

בדיקת רופא אורתופד	70017	3 שבועות
--------------------	-------	----------

מכתב נחתם ע"י: דר' שתיי שתיי מ.ר. 1133030

המכתב הודפס על ידי דר' שתיי שתיי 10:41 05/01/2020

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

יד שרה מכא פאם

סניף: עפולה
טלפון: 04-6404747
פקס: 04-6407272
כתובת: נגבה 9, עפולה
דוא"ל: ion@yadsarah.org.il
משאיל: יחזקאל לנגה

ת.ז שואל 13172960
הציוד נלקח עבור: דוד פאול רוז
תז: 13172960

בס"ר
יום שני י"ח כסלו תש"פ
09:54 16/12/2019

שם שואל: דוד פאול רוז
חטיבת כפיר 26
עפולה

שעות פתיחה:

יום	א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
בקר	09:00 - 12:00	09:00 - 12:00	09:00 - 12:00	09:00 - 12:00	12:00 - 09:00	09:00 - 11:00
אחה"צ	-	-	16:00 - 18:00	-	18:00 - 16:00	-

אישור השאלה מספר: 112920584

קוד מכשיר	שם מכשיר	כמות	דמי ערבון	תאריך החזרה
471002195847	קביים קנריות למבוגר -	1	50.00	15/03/2020 י"ט אדר תש"פ

*דמי העירבון ניתנו כבטחון להחזרת המכשיר ויחזרו לשואל בהעברה בנקאית לחשבון הבנק.
הגדרת זכויות וחובות מקבל הפריט יהיו בהתאם למפורט בתקנון דמי הערבות של יד שרה.
*השימוש הינו על אחריות השואל ואין יד שרה אחראית לנזק העלול להיגרם כתוצאה מהשימוש במכשיר.
* ניתן להחזיר את הציוד בכל אחד מסניפי 'יד שרה' ברחבי הארץ (בסניפים ביתיים - בתאום מראש).
*במועד תאריך ההחזרה יש להחזיר את הפריט. במידה ויש צורך בשימוש נוסף יש ליצור קשר עם הסניף

באמצעות	הסכום	בצ'ק / אשראי
אשראי	50.00	5555

שואל יקר! רבים זקוקים למכשיר זה, אנא שמור עליו והחזירו נקי ובהקדם

למידע מכל טלפון:
*6444

פרס ישראל על תרומה מיוחדת לחברה ולמדינה | אות הגשיא למתנדב | פרס קיפול לחסכון ולייעול | ארגון מיינץ למעשה החברתית-כלכלית או"ם
הנהלה ראשית: קריית וינגברג, שדרות הרצל 124, ירושלים 9618722 | טל: *6444 | פקס: 02-6444-508 | info@yadsarah.org.il

שירותי בריאות כללית

העתק-

תאריך: 19/12/19

חשוי/אישי

מחוז מנפק: 001 ירושלים
מורפאה מנפקת: 5548 מרפאת גילה אפ טאון
גורם מממן: 001 ירושלים
אל: העמק - 33100 אורתופדיה

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס: 301353526

המבוטח: 0030297029-8

שם משפחה: שם פרטי: קשת
הרופא המפנה: שטח מירלה 21458
הרופא המטפל: שטח מירלה 21458
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך:

קוד
שירות

תאור הטיפול/בדיקה

70017 בדיקת רופא אורתופד במרפאה

תאריך זימון: 19/12/19

האישור בתוקף עד לתאריך: 19/06/20

כמות

1

שם הפקיד/מנהל אדם' במרפאה חתימה וחתימת

לתשומת לב בית החולים/המכון
להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים בסל שירותים "כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יסוד, בתנאי שהמטופל מבטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נתן. השירותים

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין. לעיל

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), (מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אלו. הזמן

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית. מושלם

* התחייבות זאת תכבוד בכפוף לחוזאות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח-בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח

* במידה ונתן השירות בוחר ליתן את השירותים משא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים ינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב) כללים לפעולת תאגיד בריאות, (התשס"ב - 2001.

הזמן תור לתאריך: ____/____/____ בשעה: ____

ט-17

11



שם המרפאה: גילה - פיזיותרפיה - ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 302970298

ביקרה במרפאתנו בתאריך 29/01/2020 משעה 10:00 עד שעה 11:00.

למטרת: פיזיותרפיה.

מחוז ירושלים
כללית
מכון פיזיותרפיה
טל': 02-6469238

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

מס' אישור: 110916
תאריך הדפסה: 09/02/2020 11:39
חתימה: חני אקוקה

09/02/2020

13



שם המרפאה: גילה - פיזיותרפיה - ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 0302970298

ביקרה במרפאתנו בתאריך 09/02/2020 משעה 11:00 עד שעה 12:00.

למטרת: פיזיותרפיה.

מחוז ירושלים
כלית
מכון פיזיותרפיה
02-6469238

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

מס' אישור: 110914
תאריך הדפסה: 09/02/2020 11:38
הופק ע"י: חני אקונה

09/02/2020

14



שם המרפאה: גילה - פיזיותרפיה - ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 302970298

ביקרה במרפאתנו בתאריך 02/02/2020 משעה 08:00 עד שעה 09:30.

למטרת: פיזיותרפיה.

מחוז ירושלים
מכון פזרית
מכון פיזיותרפיה
טל' 02-6469238

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

מס' אישור: 110915
תאריך הדפסה: 09/02/2020 11:38
ע"י: תני אקוקה

09/02/2020

שם המרפאה: גילה - פיזיותרפיה - ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 302970298

ביקרה במרפאתנו בתאריך 19/02/2020 משעה 07:30 עד שעה 08:00.

למטרת: פיזיותרפיה.

מחוז ירושלים
כללית סט
מכון פיזיותרפיה
טל': 02-6469238

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

115918

מס' אישור:

08/03/2020 09:10

תאריך הדפסה:

חני אקוקה

הופק ע"י:

08/03/2020

שם המרפאה: גילה - פיזיותרפיה - ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 302970298

ביקרה/ה במרפאתנו בתאריך 08/03/2020 משעה 08:30 עד שעה 09:10.

למטרת: פיזיותרפיה.

כללית
מחוז ירושלים
מכון פיזיותרפיה
טל: 02-5222222

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

מס' אישור:	115915
תאריך הדפסה:	08/03/2020 09:09
הופק ע"י:	חני אקוקה

נתוני הופעת מטופל

קשת רז

00-30297029-8

מס הפניה: 200482304 תאריך הפניה: 23/01/2020 ת.קבלה במכון: 29/01/2020
 אבחנה לטיפול: FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED מטפל עיקרי: ניצה שטייניץ

ת. ביקור	שם מטפל בביקור	אי קיום טיפול	סיבת אי קיום טיפול
09/08/2020	ניצה שטייניץ	V	אי הופעה בהודעה בזמן קצר
18/03/2020	ניצה שטייניץ	V	אי הופעה בהודעה בזמן קצר
08/03/2020	ניצה שטייניץ		
19/02/2020	ניצה שטייניץ		
09/02/2020	ניצה שטייניץ		
02/02/2020	ניצה שטייניץ		
29/01/2020	ניצה שטייניץ		

סך ביקורים פרטניים: 5 סך ביקורים קבוצתיים: 5 סך ביקורים: 5

18

שם המרפאה: גילה מכון פיזיותרפי - מחוז ירושלים, מחוז ירושלים

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי קשת רוז, ת.ז. 302970298

ביקרה במרפאתנו בתאריך 08/03/2020 משעה 08:00 עד שעה 09:30.

למטרת: פיזיותרפיה.

מחוז ירושלים
כללית סט
מכון פיזיותרפיה
טל: 02-6469238

חתימה וחותמת:

אישור על ביקור במרפאה

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

מס' אישור:	131916
תאריך הדפסה:	06/09/2020 08:33
הופק ע"י:	חני אקוקה

06/09/2020

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מקור ברך - מרכז מקצועי - ירושלים
מחוז: ירושלים

30/07/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל				
רוז קשת				
שם משפחה ושם פרטי				
00-30297029-8	30.05	נ	01/03/1990	דוד פאו
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
39	4468487	52	4550559	54
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ירושלים				
הצפון				
רחוב				
ישוב				

שלום רב,

תאריך הביקור: 30/07/2020
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:
טאבים בקרסול ימין
ברקע FRACTURE LAT MALLEOLUS
רגישות ללא מצא חיצוני
צילום אין ממצא חריג

אבחנה	איפיון	קוד
PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS		7295

סיכום והמלצות:
במידה שתופיעה כל מיני החמרה במצבו לחזור לבדיקה

בברכה,

ד"ר רפולד לבשין

34824

חתימה וחוקמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

קשת רוז - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ ואח'

התובעת, קשת רוז, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה טופלה במסגרת בית החולים שערי צדק, בירושלים, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה : (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה ר"ס שם פרטי קלר תעודת זהות 302970298 שם האב _____

רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
------	-----	-----	-------	-------

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה ו/או מי מטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- להלן: "המבקשים" את כל הפרטים המצויים בדי נתוני 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 שחלתה 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 ממוסדותיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על המשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ישלם 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: 24.12.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. ע"ד אה"ת חתימה: X ל
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשיון 62264

52254 רשימה

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, קבל 87, מס' 202970298, מרחוב 202970298,
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 הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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.

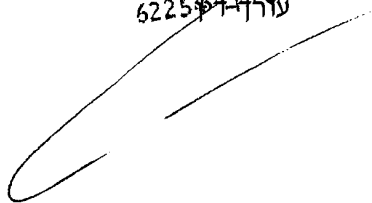
ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש יולי שנה 2020

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

ד"ר אריאל פרייזברג
בג"ד
עורך דין 62254



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ קרן רז בעל ת.ז. 302970297 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

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

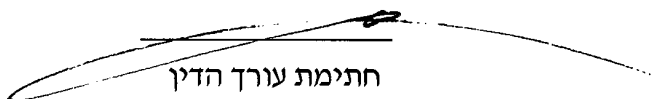
2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

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

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן מייזל מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 29.12.20
הופיע/ה בפני קרן רז (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' 302970297
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.


חתימת עורך הדין