

מסמך נחתם ביום: 2/12/21
מועד אחרון להגשה: 5/12/21

כתב תביעה מתוקן

הגשה חוזרת: מס' אסמכתא 8992946

התובעים:

1. **אור אלקריאף (קטין), ת.ז. 21559053**

באמצעות אפוטרופסיו הטבעיים התובעים

2. **ויקי אלקריאף, ת.ז. 039597059**

3. **כפיר אלקריאף, ת.ז. 40849846**

ע"י עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7 (בית סילבר), רמת גן

טל': 03-7412358 ; פקס: 077-3180983

– נ ג ד –

הנתבעים:

1. **בית הספר יצחק שדה**

מרחוב השקמה 28, בת ים

2. **עיריית בת ים**

מרחוב מקס נורדאו 17, בת ים

3. **ראובן גוני, ע"מ 033625682**

מרחוב זלמן ארן 14, חולון

4. **מדינת ישראל – משרד החינוך**

מרחוב השלושה 2, תל אביב יפו

מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

1. הנתבע 1 הינו בית ספר ממלכתי הפועל על פי דין, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היה הבעלים ו/או המחזיק ו/או האחראי לשטח המצוי בתחומו ולתלמידים הרשומים במסגרתו.

2. הנתבעת 2 הינה עירייה כמשמעות המונח בפקודת העיריות (להלן: "**העירייה**") הפועלת על פי דין, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הייתה הבעלים ו/או מפעילת בית הספר יצחק שדה בבת ים" (להלן: "**הנתבע 1/בית הספר**").

3. הנתבע 3 הינו קבלן שיפוצים אשר בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו ביצע עבודות שיפוצים ו/או היה אחראי לשיירי העבודה אשר ביצע ו/או היה אמור לבצע במקום.

א' טבת תשפ"ב, 05/12/2021 החלטה
תיק 31129-10-19
ש' שרי סנדר מקובר

לתיקייט כתבי טענות.

יש לבצע מסירה כדין של כתב התביעה
המתוקן תוך 7 ימים.

תז"פ ב- 1.3.22 לעיוני בכתבי הגנה
מתוקנים.

כ"ג טבת תשפ"ב, 27/12/2021 החלטה
תיק 31129-10-19
ש' שרי סנדר מקובר

בכדי לקבוע לוחות זמנים להמשך ניהול
התיק, תוך 7 ימים יגיש התובע לתיק בית
המשפט אישורי מסירה של כתב התביעה
המתוקן לנתבעת 4.
תז"פ בהתאם.

*** נחתם דיגיטלית ***

4. הנתבעת 4 מופקדת ואחראית על החינוך במדינת ישראל, בין היתר, אחראית ו/או המפעילה של בית הספר ומעסיקתם של מורי, מנהלי וסגל בית הספר יצחק שדה בבת ים.

5. ביום 14.5.15, נפגע הקטין עת הלך במתחם הנתבע 1 מעד על אריחי חרסינה שהיו מצויים במקום, נפל ונחבלה (להלן: "התאונה").

6. התובע יטען, כי אינו יודע ולא יכול היה לדעת מה היו הנסיבות שגרמו לתאונה, כי התאונה נגרמה מחפץ שהיה בשליטתם המלאה של הנתבעים, וכי עצם אירוע התאונה מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצד הנתבעים 1-2, 3, 4 יותר מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעים 1 – 4 הנטל להוכיח, כי לא באשמתם אירעה התאונה.

7. לחילופין, תטען התובעת כי התאונה אירעה עקב התרשלותם של הנתבעים, אשר באה לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

הנתבעים 1 - 2 :

(א) לא דאגו ו/או לא פיקחו כי בית הספר בטוח ולא דאגו להסיר מכשולים/מפגעים.

(ב) לא דאגו לספק לבאי בית הספר סביבה בטוחה ומוגנת.

(ג) לא דאג לתחזוקה ראויה של שטחי בית הספר, למרות שצפו או צריכים היו לצפות כי באי בית הספר עלולים להיפגע מהמפגע.

(ד) לא הזהירו את התלמידים בדבר המפגע.

(ה) לא דאגו להסרת המפגע.

(ו) אישרו קיום שיפוצים במהלך שנת הלימודים באופן המסכן את תלמידי בית הספר.

(ז) לא וידאו כי השיפוצים מבוצעים באופן שלא מהווה סכנה לבאי המקום.

(ח) לא דאגו לפקח על העבודה ו/או העסיקו בעל מקצוע אשר פועל באופן מסוכן ו/או לא בטיחותי

(ט) לא עשו דבר או לא עשו די למניעת התאונה.

(י) נהגו בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(יא) לא נהג כפי שבית ספר סביר וזהיר היה נוהג בנסיבות העניין.

(יב) לא נהגה כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.

הנתבעת 3 :

(א) לא דאגו כי בית הספר בטוח ונטול מפגעים בטיחותיים.

(ב) לא דאגו כי צוות המורים ו/או המנהלים פועלים בהתאם להוראות המשרד בדבר תקינות ו/או תחזוקה שוטפת ו/או סיכונים.

(ג) לא דאגו לדווח על מפגע על אף הוראות מפורשות והחובה החלה על מנהלת בית הספר לדווח אודות מפגעים ומניעתם.

(ד) לא דאגו לדאוג לגידור המפגע ולהורות על הרחקת התלמידים מהאזורים המסוכנים.

(ה) לא דאגו כי מנהלת בית הספר ו/או המורים ידווחו ויפעלו כנדרש ביחס למפגעי בטיחות.

(ו) לא דאגו כי מנהלת בית הספר ו/או המורים יגדרו וימנעו גישה לאזורים בהם היו מפגעים דוגמת המפגע במקרה דנן.

(ז) לא דאגו למינוי רכז בטיחות ונאמני בטחון.

(ח) אפשרו ביצוע שיפוץ ו/או השארת פסולת שיפוצים במהלך ימי לימודים תוך סיכון התלמידים.

(ט) התרשלו בביצוע פעולות שיפוץ ופינוי פסולת במטרה למנוע סיכון התלמידים ובאי בית הספר.

(י) לא הפעילו את סמכותם לאסור ו/או לתחום מפגעים שיש בהם סכנה.

(יא) לא דאגו כיאות לבטיחותו של התובע.

(יב) לא דאגו לפקח על העבודות הנעשות בבית הספר ו/או על זהות המבצע ו/או על היעדר הפיקוח מטעמה של הרשות המקומית.

(יג) לא עשו דבר או לא עשו די למניעת התאונה.

(יד) נהגו בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(טו) לא פעלו כפי שמפעילי בית ספר זהירים וסבירים היו פועלים בנסיבות דומות.

(טז) הפרו את חוזרי מנכ"ל של משרד החינוך ו/או הוראות קבע בדבר דיווח על מפגעים, גידורם, מניעתם וביצוע פעולות שיפוצים ומניעת סיכונים. לרבות, סעיפים 3, 4 לחוזר מנכ"ל ניהול שגרת הבטיחות בבית הספר הוראת קבע מס' 0143 ד' באלול תשע"ח של משרד החינוך וסעיף 9 לחוזר מנכ"ל/הוראת קבע בדבר בטיחות, בטחון ושעת חירום.

הנתבע 4:

(א) הותיר אריחים חשופים באופן המסכן את התלמידים ובאי בית הספר.

(ב) לא דאג לגדר את המפגע.

(ג) לא דאג לשילוט מתאים המזהיר מפני המפגע.

(ד) לא דאג להסרת מפגעים למרות שצפה ו/או היה צריך לצפות כי באי המקום עלולים להיפגע מהמפגע.

(ה) ביצע את עבודתו באופן רשלני ו/או מסוכן.

(ו) לא עשה דבר ו/או לא עשה די למניעת התאונה.

(ז) לא פעל כפי שקבלן שיפוצים סביר וזהיר היה פועל בנסיבות העניין.

8. לאחר התאונה טופל הקטין בבית החולים וולפסון, בחולון, שם אובחנה חבלה בקדמת שוק רגל שמאל, תחת סדציה והרדמה מקומית בוצע חיטוי ותפירה של החתך, לאחריהם נחבשה רגלו והוא שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, חבישה כל יומיים בקופת החולים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז ותמונות החתך, מסומנים "1 – 5" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

9. כמצוות רופאיו נדרשו התובעים 2 – 3 ללכת עם הקטין פעם ביומיים לקופת החולים לצורך חבישת רגלו וחיטוי, וניתנו לקטין ימי מחלה והנחיה למנוחה והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "6 – 11" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

10. הקטין אשר סבל, בין היתר, מרגישות ולחץ בשוק שמאל וקושי בביצוע פעילות טופל במסגרת קופת החולים, הופנה לביצוע בדיקות הדמיה והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "12 – 14" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה, החמיר מצבו הנפשי של הקטין והחלו התפרצויות זעם וסף תסכול נמוך. הקטין טופל במסגרת קופת החולים והופנה לביצוע אבחון, טיפול פסיכולוגי, נטילת טיפול תרופתי להקניית קשב וריכוז ואף הומלץ על רכיבה טיפולית להרגעת הקטין ולצרכי טיפולו.

רצ"ב תעודות רפואיות וקבלות חלקיות, מסומנות "15 – 23" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

12. מחמת התאונה ותוצאותיה נותרה לקטין צלקת מכערת ובולטת.

רצ"ב תמונות הצלקת, מסומנות, "24 - 25" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

13. התובעים מבקשים לשמור על זכותם לתקן את כתב התביעה ולצרף חוות דעת בתחום הפלסטיקה ובתחום הנפשי.

14. מאז התאונה סובל הקטין מצלקת מכערת, בולטת, ורגישה, מתחושת חוסר בטחון והסתגרות, מסף תסכול נמוך, מהתפרצויות זעם, מקושי בביצוע פעילויות הנהוגות

בקרב בני גילו, הוא נזקק לקבלת טיפול פסיכולוגי, ביצוע אבחון ונטילת טיפול תרופתי והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נזקק הקטין לעזרה וסיוע בביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות.

16. התובעים 2 - 3, הורי הקטין, הטיבו את נזקי גופו.

17. להלן פירוט נזקי התובע 1:

(א) נזק מיוחד:

- | | |
|--|----------|
| עזרת הזולת בעבר – | ₪ 25,000 |
| (2) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 20,000 |
| (3) שיעורים פרטיים, הוצאות רכיבה טיפולית ושיעורי עזר - | ₪ 15,000 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 8,000 |

(ב) נזק כללי:

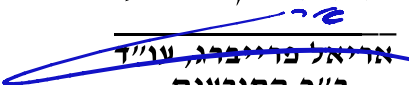
כב' ביהמ"ש מתבקש לפסוק לתובע 1 פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הגריעה מכושר ההשתכרות בעתיד.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארא רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין שיעורים פרטיים.
- (5) פיצוי בגין הוצאות עתידיות לצמצום הצלקת.
- (6) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובע.

(ג) התובעים 2 - 3:

- (1) שווי העזרה שסיפקו התובעים 2-3 לתובע 1 בעבר - ₪ 50,000
 - (2) שווי העזרה שיעניקו התובעים 2-3 לתובע 1 בעתיד.
18. הנתבעים 1 – 2, 3, 4 חייבים לפצות את התובעים בגין אחריותן לתאונה כמפורט לעיל.
19. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין, ולחייבם, ביחד ולחוד, לפצות את התובעים 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 פרלמטר, עו"ד
ב"כ התובעים

1

The E. Wolfson המרכז הרפואי
Medical Center ע"ש א. וולפסון

ת.ד. 5 חולון 58100, ISRAEL, 58100
FAX: 972-3-5036408, טל: 972-3-5028211

סודי רפואי

מעודכן ל: 14/05/15

שעה: 15:58

מחלקה מיעצת: יעוץ-אורט יל

מנהל מח': דר. ענר

סיכום ייעוץ - יעוצים - אורטופדית ילדים

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"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 בחוק. מטרת המידע בניהוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

נתוני המטופל

שם: אלקריאף אור
ת"ז: 21559053-0 מקרה: 10488813 גיל: 9 ש מ"ן: זכר
כתובת: הנביאים 39, בת ים, 59674
קופ"ח: מכבי

תאריך ייעוץ: 14/05/2015 שעת ייעוץ: 14:15

תאריך קבלה למחלקה: 14/05/2015

תאריך אשפוז: 14/05/2015

מחלקה רפואית מזמינה: מיון ילדים

מחלקה סיעודית מזמינה: רפואה דחופה ילדים

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

חתך בשוק שמאל,

שאלה מההזמנה

לטיפול

תוכן הייעוץ

בן 9 התקבל בשל חתך בקדמת שוק פרוקסימלי שמאל.

ללא חבלות נוספות.

בבדיקה: חתך אורכי שטחי ללא דם פעיל, ללא חסר גידי או קיפוח עצבי, כח גס

שמור.

במיון תחת טדציה והרדמה מקומית, בוצע חיטוי + תפירה עם חוט 4/0 + חבישה

הוראות להמשך טיפול

חבישה כל יומיים בקופ"ח

משככי כאבים לפי הצורך

מעקב רופא מטפל

בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

WBC _____ PMN(%) _____ LYM(%) _____ Hg _____ MCV _____ PLT _____
 Glucose _____ Urea _____ Na _____ K _____ Creatinine _____ CRP _____ ESR _____
 Bili _____ ALK _____ GGT _____ ALT _____ AST _____ Amylase _____ CPK _____
 Urine: Nit _____, Ery _____, Leu _____
 Arterial/Venous BG's: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ BE _____ SAT% _____

תרבות: דם / לוע / CSF / און (ימין/שמאל) / שתן (שקית, MS, קטטר / SPA) / אחר _____

אקט: _____

דימום: _____

ייעוץ: _____

טיפול במיון: IV 4 קאמקט 30 מ"מ - IV 1.5 גלוקוז

סיכום והערות, בדיקה חוזרת: אין פגמים, ברא בפרק הוטאקס חץ
 בקצו של כחולית שגא. נלוי חבורה אלסטה
 במין: עמי, חילוי, נקודת במצב כלוי אוב. מצבים חילויים
 בקצו של חץ אורכי שח. בסך שגא כ 9 ס"מ
 נלוי חץ מיני או נלוי-אלסטה. אזור חץ דקה חילוי
 בייקוף אורקלס אמה 33 צ"מ בוצה גפיי. חץ חץ
 33 צ"מ נלוי מיקובים. במתן החזור חילוי חץ חץ
 בחץ (חשש בקצו). אמה במצב כלוי אוב.

אבחנות: _____

894 קוד LACERATION, LEFT LEG קוד

קוד

ליווי

☒ שתדור ☐ אישפוז/העברה ל: _____

המלצות והדרכה בשחרור:

1. משך מעקב אצל רופא מטפל

2. כל החמרה יש לפנות לייעוץ רפואי זמין

3. תדירות תדירות (נאיים בקצו)

4. _____

5. _____

6. זימון למרפאה (יש לתאם תור דרך זימון תורים בטלפון 03 5028111)

14/5/15
 שעת שחרור 10:15
 חתימה וחתימת הרופא
 ד"ר חילוי-סל
 מ.ר. 89665

שחרור סיעודי: הוצאת צנטר פריפרי: ☒ כן ☐ לא (בהוראת רופא) ☐ לא דלבנטי

אומדן כאב בשחרור: מיקום _____ עוצמה _____

הדרכת מלווה/ילד: נושא _____

הדרכה לטיפול תרופתי: ☒ לא ☐ כן פרט: _____

המטופל: ☒ הבין ☐ לא הבין, סיבה: _____

זלצר אנטטסיה
 אחות מוסכת מל"ד ילדים
 18050

3

רופאה בכירה מלר"ד ילדים



5



תאריך הדפסה: 21/05/2015

מכבי שירותי בריאות

שם: סימקין אוקסנה
 תחום שירות: אח/ות
 כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים
 טלפון: 03-5004444
 פקס: 03-6592507
 פרטי הנבדק

שם משפחה: אלקראיף	שם פרטי: אור	ת.ז.: 215590530
ת.לידה: 22/10/2005	מין: ז	טלפון: 0542700910
כתובת: הנביאים 39, בת ים	מיקוד: 59674	טל.עבודה/נייד: 0508421088



0215590530

אישור ביקור

תאריך: 21/05/2015

ת.ז. 215590530

הנני לאשר בזאת כי החברה: אלקראיף אור

ביקרה בחדר אחיות בתאריך: 21/05/2015 משעה: 17:30 עד שעה: 18:00

חתימה וחותמת

מכבי
 סימקין אוקסנה
 אחות
 קדושי קהיר

7

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 21/05/2015 שעת ביצוע: 17:30 עד שעה: 17:30

סוג הפנייה: ביקור במרפאה

יזום הפניה: מטופל

סיבת הפניה: הגיע להחלפת חבישה ברגל שמאל, ללא סימני דלקת

סיכום ביקור

שעה	מבצע	תוצאה	פרוט הדרכות	הערות	התערבות
17:31	סימקין אוקסנה				אומדן פצע
17:31	סימקין אוקסנה		ניקוי/חיטוי פצע בתמיסת N/S		השרייה-בתמיסת ניקוי/חיטוי
17:31	סימקין אוקסנה		חבישת יוד-(INADINE)		טיפול פצע / חבישה

8

גורם משלים: 1 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 25/05/2015 שעת ביצוע: 17:58 עד שעה: 17:58

רופא מטפל/מפנה: ברקה סורין

סוג הפניה: ביקור במרפאה

יוזם הפניה: מטופל

גורם נוסף המעורב בטיפול: אמא

סיבת הפניה: החלפת חבישה לאחר ניתוח
הגיע להסרת תפרים ללא הנחיות ברורות מבית חוליםלחץ דם ודופק

תאריך	שעה	dias ל"ד	sys ל"ד	צד	תנוחה	דופק	סדירות	מבצע
22/01/2014	20:54	80	121			91		גב' מירב אויסלנדר

חום

תאריך	שעה	חום גוף	אופן מדידה	מבצע
16/03/2013	16:06	36.8	P.O	נטליה בוינ

נשימה

תאריך	שעה	מס' נשימות בדקה	סטוקציה	קולות נשימה	שימוש בשרירי עזר	מאפיינים	צבע עור	מבצע
22/01/2014	20:54		100					גב' מירב אויסלנדר

כאב

תאריך	שעה	עצמה	סוג	מיקום - איבר וצד	אופי	מקור	סימפטומים נלווים	השפעה על אורח חיים	מבצע
17/05/2015	09:32	3	חרף	רגל קדמי					

היקב מותניים, BMI, משקל, גובה

תאריך	שעה	משקל	גובה	BMI	מצב מסת גוף	היקף מותניים	מבצע
17/05/2015	09:30	32.6	142	16.2			כהן אמירה

סטאטוס עישון

תאריך	סטאטוס	ממוצע ליום	סה"כ שנים	תאריך סיום	מגמת שינוי	טיפול בעבר	מבצע
17/05/2013	לא						דר' סורין ברקה

אומדן פצע

תאריך	סוג פצע	מיקום/צד	אורך	רוחב	עומק	סוג הפרשה	מאפיינים נוספים	מיטת הפצע	מבצע	סיום
19/05/2015	חתך	שוק שמאל ק	8	0		ללא הפרשה	ללא בעקת שוליים סגורים עם תפרים ללא סימני זיהום		הרצוג דניאלה	

סיכום ביקור

אומדן פצע	התערבות	הערות	פרוט הדרכות	תוצאה	מבצע	שעה
		ללא סימני זיהום			וסילייב ילנה	18:09

18:09	וסילייב ילנה		חבישת יוד-(INADINE) חבישה יבשה צפד גזה		טיפול פצע / חבישה
18:10	וסילייב ילנה			כירורג מחר	הכוונה לגורם מטפל אחר

תוכנית טיפולית			
מבצע	אומדן	תזכורת לתאריך	תוכנית טיפולית
וסילייב ילנה			המשך טיפול ומעקב במרפאה

בתאריך: 26/05/2015

מודמן למעקב : כן

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

שעות ביצוע: 09:29 עד שעה: 09:29

סוג הפניה: ביקור במרפאה

יזום הפניה: מטופל

סיבת הפניה: החלפת חבישה, תפרים ברגל שמאל

לחץ דם ודופק

תאריך	שעה	dias ל"ד	sys ל"ד	צד	תנוחה	דופק	סדירות	מבצע
22/01/2014	20:54	80	121			91		גב' מירב אויסלנדר

חום

תאריך	שעה	חום גוף	אופן מדידה	מבצע
16/03/2013	16:06	36.8	P.O	נטליה בונין

נשימה

תאריך	שעה	מס' נשימות בדיקה	סטוקציה	קולות נשימה	שימוש בשרירי עוז	מאפיינים	צבע עור	מבצע
22/01/2014	20:54		100					גב' מירב אויסלנדר

כאב

תאריך	שעה	עצמה	סוג	מיקום	איבר צד	אופי	מדר	סימפטומים נלווים	השפעה על אורח חיים	מבצע
17/05/2015	09:32	3	חריק	רגל קדמי						כהן אמירה

היקב מותניים, BMI, משקל, גובה

תאריך	שעה	משקל	גובה	BMI	מצב מסת גוף	היקף מותניים	מבצע
17/05/2015	09:30	32.6	142	16.2			כהן אמירה

סטאטוס עישון

תאריך	סטאטוס	ממוצע ליום	סה"כ שנים	תאריך סיום	מגמת שינוי	טיפול בעבר	מבצע
17/05/2013	לא						דר' סורין ברקה

סיכום ביקור

שקילה	התערבות	הערות	פרוט הדרכות	תוצאה	מבצע	שעה
מדידת גובה				32.6	כהן אמירה	09:30
אומדן BMI				142	כהן אמירה	09:30
אומדן פצע				16.2	כהן אמירה	09:30
		תפרים ברגל ללא זיהום, ללא דלקת יבשים רק דם קרוש שנדבק לחבישה והיה קושי בלהפריד.			כהן אמירה	09:31
טיפול פצע / חבישה			חבישת יוד-(INADINE)		כהן אמירה	09:31
אומדן כאב				עוצמה: 3	כהן אמירה	09:32
אנמנזה סעודית		שולל אלרגיה			כהן אמירה	09:33

U27765
מ.ר. גורם מפנה

ד"ר מנחם זיס, גורם
03-5001212

נחלת
טלפון:

שם פרטי: אור	שם משפחה: אלקראיף	פרטי הנבדק
ת.ז.: 215590530	ת.לידה: 22/10/2005	 0215590530
טלפון: 0542700910	מין: ז	
טל. עבודה/נייד: 0508421088	הנביאים 39, בת ים	
מיקוד 59674	כתובת:	

אישור על מחלת הילד

אשר חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

וזקוק להשגחת אם/אב מיום: 14/05/2015 עד יום: 26/05/2015, סה"כ 13 ימים.

26/05/2015

תאריך

חתימה וחוקתמת הרופא

27765

12



0314475609



032591

מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר מוסייב רומן
תחום שירות: מומחה ברפואת ילדים
כתובת: רח מבצע סיני 18, רמת יוסף, בת ים
טלפון: 03-5001212

קוד הפניה: 033882158

פרטי הנבדק

שם משפחה: אלקראיף
שם פרטי: אור
ת.ז.: 215590530
ת.לידה: 22/10/2005
מין: ז
טלפון: 0542700910
טל.עבודה/נייד: 0508421088
כתובת: הנביאים 39, בת ים
מיקוד: 59674



0215590530

מכון רנטגן

תלונות: מלפני חודשיים נחבל בשוק רגל שמאל בוצעו תפרים מאז רגישות "לחץ" בשוק קדמי יתר לאחר פעילות
ממצאים: במצב כללי טוב שוק רגל שמאל אספקט קדמי עם צלקת עם רגישות במישוש

אבחנה:

INJURY UNS Status Post
Lt LOWER LIB

מעשנת: לא

הבדיקה הדרושה רנטגן
שוק 2 צילומים (AP+LAT) קוד- 3590 (שמאל)
(מבין 3 צילומים)

שאלה למבצע הבדיקה: לשלול גוף זר



דחיפות הפענוח:

14/07/2015

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

אם בידך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה. יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.
תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 14/07/2015 עד תאריך - 12/10/2015

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:
www.maccabi4u.co.il

שם: ד"ר ריבלין איל

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורטופדית

כתובת: שפירא 6 בת-ים

טלפון: 03-5535457



019793

מ.ר. גורם מפנה

קוד הפניה: 035601055

פרטי הנבדק

ת.ז.: 215590530

שם פרטי: אור

שם משפחה: אלקראיף

ת.לידה: 22/10/2005 מין: ז טלפון: 0542700910 טל.עבודה/נייד: 0508421088

מיקוד: 59674

הנביאים 39, בת ים

כתובת:



0215590530

אישור רפואי

תלונות:

תפירת חתך שוק שמאל 5.2015

כאב מקומי, בעיקר לאחר מאמץ

ממצאים:

רגישות מקומית צלקת שוק שמאל קדמי מקורב.

צלקות גסה.

טינל חלקי.

אבחנה:

• PAIN LEG

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

17/08/2015

תאריך

ד"ר ריבלין איל
מומחה
חתימה וחותמת הרופא
DR.E.Rivlin M.D.Lic. 19793

17/08/2015


מנבי

שירותי בריאות

מכון דימות: בני ברק כתובת: רבי עקיבא 34 בני ברק טלפון: 03-5771313

פרטי רופא מפנה:

שם: ריבלין איל

מ.ר: 19793

תאריך הבדיקה: 17/08/2015

תאריך הפיענוח: 17/08/2015

שם הנבדק: אלקראיף אור

ת.ז. הנבדק: 215590530

כתובת הנבדק: הנביאים 39 בת ים 59674

טלפון הנבדק: 0542700910 טלפון נייד: 0542700910

תשובת בדיקת דימות: 15468595

שוק 2 צילומים***סיבת ההפניה:**

כאבים

***ממצאים:**

צילוח שוק שמאל

=====

מבנה גרמי תקין.

בברכה

ד"ר פאולה סימוביץ

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 19383

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1

שם: ד"ר ליכטנפלד רלה

תחום שירות: מומחית בנוירולוגיה ילדים

כתובת: מכבי השלום, יגאל אלון 96, פינת תובל 2, תל אביב

טלפון: 03-7614002

פקס: 03-7178220

קוד הפניה: 040171619

פרטי הנבדק



031407

מ.ר. גורם מפנה

ת.ז.: 215590530

שם פרטי: אור

שם משפחה: אלקראיף

ת.ל.ידיה: 22/10/2005

מ.י.ן: ז

טלפון: 0542700910

טל.עבודה/נייד: 0508421088

מיקוד: 59674



0215590530

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 15/11/2015

עקב: אור בן 10 שנים, בן יחיד להוריו (אם חד הורית יש קשר עם האב), לומד בכיתה ה' בבית ספר יצחק שדה בבית ים, תלמיד סביר, דומיננטיות ידנית ימנית.

הופנה ביוזמת האם לאבחון עקב נטיה להתפרצויות זעם, סף תסכול נמוך שהחריפו בשנה אחרונה הן בבית והן בבית ספר. מאז ומתמיד היה תזזיתי, ילד דומיננטי ואהוד בקרב ילדים אחרים.

לציין שנבדק בעבר על ידי פסיכיאטרית ילדים הברור לא הומשך.

דו"ח מורה 11.2015 - זוהי השנה השניה שמכירה את אור. מתואר כתלמיד נבון בעל ידע נרחב. מרבה להיות מוסח בשיעורים, לפטפט, לעסוק בחפצים, לא תמיד מוציא ציוד בזמן, לא תמיד קשוב, לא תמיד עובד בכיתה. בשיעורים החסחות דעת מרובות, פטפוטים, תזוזות גופניות מורובות, מתנדנד הרבה על הכסא, מתפרץ בתשובותיו. קריאה תואמת כיתה ה'. תשובות עניניות אך לא מפורטות בכתיבה, בע"פ ניסוח יותר טוב. בשבועיים אחרונים החל לגלות עניין ולעבוד. צריך לתרגל יותר.

לא תמיד קשוב לבקשות מורים. לעיתים לא מקבל מרות מורים אך אם מדברים עימו בשיחה אישית ניתן לגייסו. יש צורך שהמורים יעקבו אם מוציא ציוד ואם עובד. שיעורי בית בד"כ מכין, לא תמיד במלואם. יש חברים. תחומי החוזק-ספורט, אנגלית. הקשיים העיקריים מקרא, חשבון, מדעים. מקבל תגבור בחשבון.

קונרס אם- תומך בבעיות התנהגות קלות, חדרה קלה, קשיי למידה קלים-בינוניים והיפראקטיביות ונאימפולסיביות בינוניים.

קונרס מורה-תומך בהיפראקטיביות בינונית-משמעותית, בעיות התנהגות קלות, הפרעת קשב-קלה.

מתואר כילד דעתן שמתקשה לדחות סיפוקים. ילד עם שמחת חיים, מצחיק ו"ציניקן" בולט בכל מקום.

נפגש עם האב פעם בשבוע וכל שבת שניה.

לציין שמטופל על ידי פסיכולוג כארבעה חודשים (תל אביב), בשנתיים האחרונות טיפול פסיכולוגי לסירוגין. מטופל טיפול הומיאופטי מזה כשלושה חודשים, יש שיפור בחרדות.

בעבר היו פחדים וחרדות, כיום אחרי הטיפול הפסיכולוגי שיפור בחרדות ושיפור ניכר בשינה.

לציין לפני כשלושה חודשים רץ ומעד ונחבל בשוק ימין, ללא שבר אך חתך עמוק, נזקק לתפרים מרובים, מאז הוסרו העכבות מול סגל המורים (מאז תביעה של האם נגד בית הספר והלגבי הנפילה).

ברקע-בריא בד"כ. אסטמה-אמור להתחיל טיפול מונע כנראה. ללא אישפוזים או ניתוחים. לא נוטל כיום טיפול תרופתי קבוע.

ללא פרכוסים גם לא בחום בעבר, ללא התנתקויות או בהיות חריגות.

רקע מילדותי תקין.

אבני דרך התפתחותיות רכש במועד. לא נזקק לטיפולים פרא רפואיים.

במשפחה-אם בת 31, מנהלת חשבונות. בריאה בד"כ. האב בן 35, נהג מונית, בריא בד"כ. ההורים גרושים מזה כ-9 שנים.

במשפחה המורחבת לא ידוע על בעיות נוירוגנטיות או התפתחותיות.

ממצאים: ילד חמוד, יוצר קשר עין טוב, משתף בחוויות. ידע כללי תואם גיל. תנועת מעט על הכסא, נוטה למלל רב יחסית. מתקשה להחסיר שלשות מ-30 (זיכרון עבודה, מתבלבל באמצע). זיכרון שמיעתי קצר יחסית לחמישה מספרים קדימה.

כתב היד קריא ומאורגן, ללא שגיאות כתיב.

קריאה מדויקת יחסית ועונה יפה על השאלות.

דיון ואבחנה מבדלת:

אור ילד נבון בן 10 שנים, לומד בכיתה ה', הישגים סבירים. הופנה ביוזמת בית הספר והאם בשאלת הפרעת קשב וריכוז. מטופל על ידי פסיכולוג כשנתיים לסירוגין (בשלושת החודשים האחרונים אותו פסיכולוג) על רקע חרדות שונות (ראה פירוט מעלה כולל רקע משפחתי).

על סמך המדווח על ידי האם והסבתא דו"ח מורה+שאלוני קונרס הורים ומורה+הניצפה באבחון עולה חשד להפרעת קשב וריכוז משולבת המשפיעה לרעה על התפקוד הלימודי (היפראקטיביות ואימפולסיביות בעיקר עם גם מרכיב של קושי בקשב) לצד קשיים רגשיים.

ממליצה להמשיך טיפול פסיכולוגי

להשלים אבחון BRC/MOXO הלי ועם ריטלין חד פעמי כדור וחצי (15 מ"ג)

בדיקת שמיעה+ראיה עדכניות

אק"ג-דרך רופא הילדים.

להגיע אלי למעקב עוד 3-4 חודשים עם התוצאות רצוי שיגיע גם האב /טלפון על מנת שנוכל לדון בהמשך הטיפול כולל לשקול טיפול תרופתי בריטלין.

16



031407

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר ליכטנפלד רלה

שם:

תחום שירות: מומחית בנורולוגיה ילדים

כתובת: מכבי השלום, יגאל אלון 96, פינת תובל 2, תל אביב

טלפון: 03-7614002

פקס: 03-7178220

קוד הפניה: 040171619

פרטי הנבדק

ת.ז.: 215590530

שם פרטי: אור

שם משפחה: אלקראיף

ת.לדה: 22/10/2005 מין: ז טלפון: 0542700910 טל.עבודה/נייד: 0508421088

מיקוד 59674

הנביאים 39, בת ים

כתובת:



0215590530

תשובת יועץ

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER NOS Suspected

אבחנה:

RITALIN 10MG X 30 - {למשך 1 ימים (1.5 X 1)}

תרופות שניתנו:

- סיכום והמלצות:
1. ממליצה להמשיך טיפול פסיכולוגי
 2. להשלים אבחון BRC/MOXO הלי ועם ריטלין חד פעמי כדור וחצי (15 מ"ג).
 3. בדיקת שמיעה+ראיה עדכניות.
 4. אק"ג-דרך רופא הילדים.
 5. להגיע אלי למעקב עוד 3-4 חודשים עם התוצאות רצוי שיגיע גם האב /טלפון על מנת שנוכל לדון בהמשך הטיפול כולל לשקול טיפול תרופתי בריטלין.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-4 חודשים

15/11/2015

תאריך

ד"ר ליכטנפלד רלה
מומחית בנורולוגיה ילדים
מסמך מיועץ יועץ
מ.ת.מ. 27310
03-7614002



0215590530

[ת.ז. חבר]

אין לכבד את ההעתק ללא מרשם מקור

המרשם בתוקף מ: 15/11/2015 עד: 29/11/2015

Rp.

בן: 10

טלפון: 0542700910 טל סלולרי: 0508421088

אלקראיף אור

הנביאים 39 בת ים

סה"כ שתיים יחידות.

TAB 2: כ

שם התרופה:

Tab. methylphenidate 10 mg (עשרה מ"ג)

שמות החלופות:

* TAB. RITALIN 10MG X 30 < 2 Units > [1908]

הוראות שימוש: לבליעה 1.5 טבליה 1 פעמים ביום, (בוקר 1.5 טבליה) לתקופה של 1 ימים.

15%

העתק

* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



059886 [o.m.]

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר רלה ליכטנפלד מר. 1467
מומחית ברפואת ילדים
פועלת במחלקת ילדים והנוער
מ.ת.מ. 22185 מ.ת.מ. 27110

מ.ר.: 31407
טל: 03-7614002

ד"ר ליכטנפלד רלה

מומחית בנוירולוגיה ילדים

מכבי השלום, יגאל אלון 96, פינת תובל 2, תל אביב



0017071960

[ת.ז. רופא]

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

חתימה וחומתת הרופא
ת.הפקה: 15/11/2015

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

17

מכבי
שירותי בריאות



0215590530

[ת.ז. חבר]

המרשם בתוקף מ: 15/11/2015 עד: 29/11/2015 מקור

בן: 10

אלקראיף אור

הנביאים 39 בת ים

טלפון: 0542700910 טל סלולרי: 0508421088 Rp.

סה"כ 2: TAB

סה"כ שתיים יחידות.

Tab. methylphenidate 10 mg (עשרה מ"ג)

* TAB. RITALIN 10MG X 30 < 2 Units > [1908]

שם התרופה:

שמות החלופות:

הוראות שימוש: לבליעה 1.5 טבליות 1 פעמים ביום, (בוקר 1.5 טבליות) לתקופה של 1 ימים.

15%

* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



059886 [o.m.]

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ליכטנפלד רלה

מומחית בנוירולוגיה ילדים

מכבי השלום, יגאל אלון 96, פינת תובל 2, תל אביב



0017071960

[ת.ז. רופא]

ד"ר רנה ליכטנפלד מר.
מומחית ברפואת ילדים
שירותי בריאות מכבי
מ.ת.מ. 22145
27310

מ.ר: 31407

טל: 03-7614002

חתימה וחומתם הרופא
15/11/2015 ת.הפקה:

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

19

חיים פינקלמן

פסיכולוג
מ.ר. 119755

עוסק מורשה
034990796

רח' אמיל זולא 16, תל אביב
נייד: 052-5353850

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 0112

לכבוד: א.י. א.י. טלפון: _____

כמות	פירוט	סכום בש"ח

סה"כ

מע"מ _____ %

סה"כ כולל מע"מ

300

אופן התשלום: _____

שיק מס'	בנק	סניף	ז"פ	סה"כ

חתימה:

תאריך: 15.8.15

חיים פינקלמן

פסיכולוג
מ.ר. 119755

עוסק מורשה
034990796

רח' אמיל זולא 16, תל אביב
נייד: 052-5353850

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 0116

לכבוד: א.י. א.י. טלפון: _____

כמות	פירוט	סכום בש"ח

סה"כ

מע"מ _____ %

סה"כ כולל מע"מ

900

אופן התשלום: _____

שיק מס'	בנק	סניף	ז"פ	סה"כ

חתימה:

תאריך: 31.8.15

מקור

0319

קבלה מס'

לכבוד -

טלפון

כתובת

סכום בש"ח	פרטים
220	במ"ח י"ג
236	במ"ח י"ג
456	סה"כ

סכום בש"ח

מזומן					
	מס' חשבון	פרטים בנק	מס' צ'ק	ז.פ.	
456	0009037	101/01440	80000304	10.1.15	456
456					סה"כ

קוֹפּיטאַט 9762176-08

חתימה.

תאריך.

21



0306650342



028488

מ.ר. גורם מפנה

040301726

קו הבטיחה

שם: ד"ר לזדין-אבדייב נטלי

תחום שירות: מומחית ברפואת ילדים

כתובת: הנביאים 15/1, בת-ים

טלפון: 03-5530579

ת.ז.: 215590530

שם פרטי: אור

מילפון: 0542700910 טל.עבודה/נייד: 0508421088

מיקוד 59674

שם משפחה: אלקראיף

ת.לידה: 22/10/2005

הנביאים 15/1, בת-ים

כתובת:



0215590530

מכון

שם המכון: טיפול רגשי רחבת על סוסים תוד המראש

תלונות: מי גיל 3 שנים מטופל באינולציות נובדק עיד ופא ראות בוצעו תפקודי ראות אובחן ASTHMA בזמן אורחון מצפצף ללא הפסקות 3 חודשים החמרה טופל ב אינולציות לעטים קרובות עובר ברור לצורך לישול ADHD בדיקת שמיעה ריאה ו תפחין .

סבתה ו דוד סובלים מי ASTHMA

ממצאים: במצב ככלי טוב. ערני. משתף פעולה. ללא מצוקה נשמית. ללא קוצר נשימה. ללא סימני גירוי מניגיאלי. ללא כיחלון ללא חיוורון ללא צערת. עור תקין ו הידוציה שמורה. מצב נזונתי שמור.

לוע לא אודם ללא תפליטים. אוזניים ב מ פ. כניסת אוויר שווה לשתי היראות ללא שימוש ב שנייה עזר . ספיריאום לא מהורך . כניסת אוויר שווה וטובה לשתי ראות ללא חירחורים ללא ציפצופים . לב קולות סדרים ללא אינטסה . ללא קול ציפצופים .

• WHEEZING

cronical

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

אבחנה:

מעשנת: לא

הבדיקה הדרושה: טיפול רגשי רחבת על סוסים תוד המראש

נא לרצוייד בכתבים מגנטי

16/11/2015

תאריך

חתימה וחוקתת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם ויתאמת כגו ומשך רטיפול הדרוש

1-700-50-53-53 או ל 3555

מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למיני אחי המופיע

מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה

מקורחשבונית מס/קבלה מס' 1774

תאריך הדפסה: 01/12/2015 14:39

תאריך הפקה: 01/12/2015 14:39

תאריך ערך: 01/12/2015

עבור: אלקרייף אור
ת.ז.ע.מ. 215590530 מס' תיק 1635
כתובת: הנביאים 39 בת ים

שם המריט	סה"כ מחיר
MOXO-1 - 01/12/2015	17.95
סה"כ ללא מע"מ	17.95
מע"מ 17%	3.05
סה"כ כולל מע"מ	21.00

שולם בהמחאות:

תאריך	בנק	סניף	חשבון	מס' המחאה	סכום
01/12/2015	דיסקונט 11	014	034653	0306	21.00

חתימה:

הופק על-ידי: מנהלת משרד
מחלקת: מרכז לאבחון וטיפול
שיוך קופ"ח: מכבי שלי

מקורחשבונית מס/קבלה מס' 1775

תאריך הדפסה: 01/12/2015 14:40

תאריך הפקה: 01/12/2015 14:40

תאריך ערך: 01/12/2015

עבור:

אלקרייף אור

ת.ז.ע.מ. 215590530 מס' תיק 1635

כתובת:

הנביאים 39 בת ים

שם הפריט	סה"כ מחיר
פיענוח אבחון ממוחשב - MOXO - 01/12/2015	85.47
סה"כ ללא מע"מ	85.47
מע"מ 17%	14.53
סה"כ כולל מע"מ	100.00

שולם בהמחאות:

תאריך	בנק	סניף	חשבון	מס' המחאה	סכום
01/12/2015	דיסקונט 11	014	034653	0306	100.00

חתימה:

הופק על-ידי: מנהלת משרד
מחלקת: מרכז לאבחון וטיפול
שיוך קופ"ח: מכבי שלי

24



25



יפוי כח:

אני הח"מ, אליהו כהן, מס' 239597059, מרחוב הנביאים 39 רחוב,
ת.ז. מס' 39, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו בענין תאונת דרכים מיום
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 פסי"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 ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

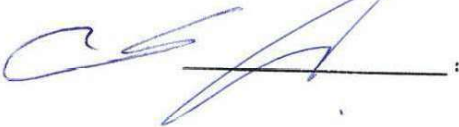
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

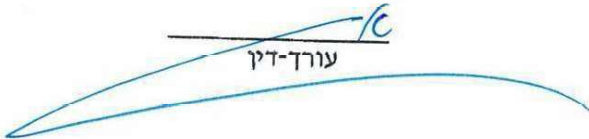
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 17 לחודש 10 שנה 2019

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין