

תאריך חתימת המסמך : 4.7.22

שרון חזן, ת"ז 24847932 : התובע

מרחוב טופס 20, אור יהודה
טל': 054-6120701

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

– נ ג ד –

הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185 : הנתבע

מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלתי"ד

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

סכום האגרה: 726 ₪ (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.

חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 1.3.1970, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 90-481-53 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב צילום רישיון נהיגה, תעודת ביטוח חובה ותמונות רכב מעורב, 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, ראש תחום תובלה כבדה בחברת החשמל, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות ונגרמו לו הפסדי שכר.
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 06.10.2021, בשעה 17:40 או בסמוך לכך, בכביש 4 מאשדוד לכיוון אור יהודה, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 63-835-64 ומרשי נפגע ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר מרשי לביתו בהמלצה למנוחה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
9. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב וביצוע בדיקות דימות.
10. בדיקת CT אשר בוצעה לטובה וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה בלט דיסק בגובה C6-C7 עם אפשרות של לחץ על השק התקאלי ולחץ בי- לטראלי על השורשים בגובה C5-C6.

11. התובע סיים סדרת טיפולי פיזיותרפיה ללא הטבה והופנה להמשך מעקב רפואי, המשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה בהתאם להתקפות כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנים "כנספח 2"

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקשיי הירדמות, מכאבים עזים וצורך בנטילת משככי כאבים נרוקטיים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע ראש תחום תובלה כבדה בחברת החשמל. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ישנו חשש בנוגע לתפקודו בעתיד ונגרמו לו הפסדי שכר.

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:

- | | |
|----------|---|
| 55,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 13,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 4,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 8,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותה 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 הנתבעת.

18. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, 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: חבות - נספח 1 (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תעודות רפואיות - נספח 2 (עמודים 13 עד 30)	13
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 4: נחתמו (עמודים 34 עד 37)	34

נספח 1 :

חבות - נספח 1

(עמודים 7 עד 11)

במציאות פנו שלנו תבדוק שיש לך ביטוח חובה של הפניקס

הזרעון יכיר חובה

ביטוח כביש
(כספי/פ.ח.צ.)

039355715

מס' אסמכתא

הפניקס

קוד מוטו 26085-62

אין להגדיל תשלום על חשבון

באמצעות בנק המזרחי

חש"ב 461-358977

בתאריך: 21:14 30/08/2021

ללא תשלום וחלומת הבנק -

אין חוקר למעשה זו

מס' הסוכן

31774

מס' חברת ה

21-097-521-1060251

מס' תלמיד

00

שם בעל הפוליסה

חברת החשמל לישראל בעמ

מס' חופה

35085

מס' רישון

9048153

מס' שילוח

32508800

מס' רישון

9048153

מס' חופה

2014

מס' חופה

2499

מס' חופה

1+4

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

הפניקס

הפניקס

שירות חדשני מהפניקס
תביעות - הוציב המהיר
מסיימים כשבילך טיפול
בתביעה עד 10 ימים

הנציב המהיר מקדם
את שירות הטיפול בתביעה
על בסיס 4 עקרונות מרכזיים:

- שירות מהיר
- שירות שקט
- שירות באחריות
- שירות אקטיבי

הנציב המהיר -
שבעות רצון ללא פשרות

אמנם זהו תהליך מורכב ומסובך
הוא בהחלט לחיפה הפוליסה וסיווג

חייג למרכז הביטוח הפניקס
*5070

בעזרת רכישת הפוליסה

הפניקס בעל הפוליסה כי

א. גיל הנהג הצעיר ביותר

הצפוי לנהוג ברכב הוא

17

ב. האדם הצעיר ביותר

הצפוי לנהוג ברכב הוא:

נהג

ג. שנת קבלת רישון

הנהיגה לרכב מסוג זה

בושראל של הנהג הצעיר

ביותר הצפוי לנהוג

ברכב היא: 2021

ד. מספר התאונות

שהביאו לתביעות

בביטוח רכב חובה,

בשלוש השנים האחרונות,

של כל הנהגים הצפויים

לנהוג ברכב הוא: 00

ה. מספר פסילות רישון

בשלוש השנים האחרונות

של כל הנהגים הצפויים

לנהוג ברכב הוא: 00

ב. כביש קיימת מערכת

תרעה על אי שמירת

יחק (FCW): לא

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

מס' חופה

986.00

מס' חופה

30/06/2021

מס' חופה

22:44

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



חזן
1. HAZAN

שרון
2. SHARON

3. 01.03.1970

4a. 07.03.2018

4b. 01.03.2028

4d. 2090143

5. ID 024847832

7832

8. טופז 20 אור יהודה

רשיון נהיגה בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל
השטח לנהיגה בכל מלגזה - הוראת מעבר
השטח לנהיגה ולהפעיל כל מכונה ביידת

2 B

בעלות הרכב **פרטית**

אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

נשאג כי' המבומת לאחר התשלום בבנק

לשטעלן די זאכן



מספר רכב

6383564

7521546

תאריך הדפסת: 04/12/20

בעלים קודמים 01

VF7LCNEUF8Y504013 מספר שילדה

תוצר מנוע: סיטרוואן צרפת

דגם חנוך NFU

10FX7V3312279 מספר קניין

צבע שחור

דוחק סרנים

רישיון נהיגה מתאים B

135,366 20/02/2020-ב

חכם ליד הנהג

791

1587

סוג ודלק בנזין

205/55R16 צמיג קרום

צמיג אחורי 205/55R16

תשקל כולל 1794

595 חשקל חורשה

דרכת ציהום אויר-רכב רגיל

בעלי חנוספים:

רוטמן סורין

30370210-4

שותף

CONFIDENTIAL

תוצר סיטרואן צרפת

רמת גמור SX

C4 כנוי סוכרתי

00817-0482

08-06198

הספק (כ"ס)	בקרת יציבות	דגנת זרחם אוור	כריות אוור	ABS	א"מ
110.00	כן		6	כן	כן

תנאים הגבלות ומידע נוסף:

רשומות יבוא 830148722

הסכום לתשלום (ש"ח)

1074.00

לתשובות לבך: רישיון הרב תקדירק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשרות תנועה (מסמך) על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי גם אם לא נעשה הרב שימוש במסמך. מידע על זמאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במסמך חסות מס' 477.

לשחק מסל
במסוק עררה
בית אילן צפון
לפנות בואל

רשיון נהיגה

מדינת ישראל



רוטמן

1. ROTMAN

סורין

2. SORIN

3. 17.01.1955

4. 18.01.2016

4b. 17.01.2025

4. 6137615

5. ID 303702104

2104

6. מונח ראשון לציון

9. B

רשיון נהיגה בדרגה 4000 ק"מ בישראל
חלוקת נהיגה ופיקוח ארץ ישראל מנהל

נספח 2 :

תעודות רפואיות - נספח 2

(עמודים 13 עד 30)

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



טלפון: 08-9779911/22/24
מעודכן ל: 00:49, 07/10/21
אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11734372

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.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

חזן שרון			
ת.ז.: 2484783-2	מין: זכר	ת.לידה: 01/03/1970	גיל: 51 ש
טל: 054-6120701	טל: 054-6120701	טל: 3-6024108	שם האם: עליזה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: משה
כתובת: טופז 20, אור יהודה, 6040541			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: חזן שרון, 2484783-2
תאריך קליטה במיון: 06/10/21	שעה: 19:50	
תאריך קליטה בב"ח: 06/10/21	שעה: 19:50	

אבחנות נוכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

דין וסיכום הקבלה

בן 51 בריא
לדבריו, בדרך חזרה מהעבודה, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר.
כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות.
כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני ורקמה רכה סביב החזרי פיקה תקינים, SLR שלילי דו"צ, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומי עמ"ש צווארי ומותני- ללא עדות לשבר או פריקה

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 2 07/10/2021 00:49 ALMOGL

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכור כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/גב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. לוי, אלמוג

חתימה:

מספר רשיון: 39265

00:49 07/10/21

מרכז רפואי שער וסתר הרופא
ד"ר אלמוג לוי
מחלקת אקוטית
11734372



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך הדפסה: 07.10.21

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 11734372
מטבע: ILS

לכבוד: חזן שרון ת.ז.: 2484783-2
רחוב / מס: טופז 20
עיר / מיקוד: 6040541 אור יהודה
טלפון: 054-6120701

מספר ביקור: 11734372 תאריך קבלה: 06.10.21 ית' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות תאור	כמ' מחיר כיסוי % הנחה סה"כ
99283 ביקור במיון, תשלום גלובלי	1 989.00 100.00 0.00 989.00
L0962 בדיקה קלינית במיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
L0964 אגרת מיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, צדי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום דנס, מצומצם, דרך הפה	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72100 צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
סה"כ: 989.00	

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: חזן שרון
ת.ז.: 2484783-2 שכתובתי: 6040541 אור יהודה טופז 20
טלפון: 054-6120701 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: חזן שרון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

ריבה רוזנטל



ט.ל.ח

עמוד: 1 מתוך 1

RIVAR

ד"ר אלה קלימינסקי
רפואת משפחה
29858
חיים ברלב, 10
03-7350400
03-7350401

רופא
רשיון
נת
יון
C

תאריך 07/10/2021

מחוז: דן-פ"ת

מאה: גוזה סביון - רופאים עצמאיים - אור יהודה

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		חזן שרון	
שם משפחה ושם פרטי	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	שם האב
טופז	טלפון	טופז	טלפון
אור יהודה	טלפון	אור יהודה	טלפון
רחוב	מס בית	רחוב	מס בית
2 תאונת עבודה	מס בית	2 תאונת עבודה	מס בית

תאריך תאונה 06/10/2021

גורם שולח
5758

מספר הפניה
035758121222

35758121222
תז נבדק
24847832

מספר הפניה:
רשיון רופא
029858

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	קוד	קוד	שירות
80015	קוד	קוד	שירות
80015	קוד	קוד	שירות

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת

בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון

תלונות / סיבת הפניה

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

25/07/2021 מתאריך 106.49 eGFR

בעיות פעילות	אפיין	מגילי
HYPERCHOLESTEROLEMIA	mild	01/05/2006
SMOKER		01/01/1991
ACCIDENT/INJURY, NOS		01/04/2013
knee trauma		01/04/2013

ד"ר קלימינסקי-אברהם אלה
מומחית רפואה פנימית
מנהלת מרפאת גורא

תולדות עבר

מס'ים	מגילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg

ממצאים קליניים היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתנועות.
ביקר בחדר מיון

ד"ר אלה קלימינסקי	29858	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

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

7 ה.ר. 7

תאריך: 11/10/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי-המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	51.07	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
טופד	מס בית	20	-6120701	54	-5338323
אור יהודה ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	3

תאריך תאונה: 06/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/10/2021 עד יום 09/10/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

11/10/2021
תאריך מתן התעודה

11/10/2021
ת. הבדיקה

ד"ר אלה קלימינסקי

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



4389458



24847832

שירותי בריאות כללית**עותק שנשלח בדוא"ר**

תאריך: 22/11/21

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
 מרפאה מנפקת : 5758 מרפאת נוה סביון
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : 222 אסף הרופא לקביעת תור : 08-9779610

אישור הפניה לחדר מיון
מס': 304389458

המבוטח : 0002484783-2 חזן שרון
 רופא מפנה : 29858 קלימינסקי אלה
 הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
 חסיבת : תאונת עבודה

רופא מטפל : 29858 קלימינסקי אלה

תאריך זימון: 06/10/21 האישור בתוקף עד לתאריך: 06/10/21

אברהם עדי

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

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.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שרי"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

בשעה ____:

חוזמן תור לתאריך ____/____/____

טו-17

מחוז דן-פ"ת

תאריך: 30/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

חזן שרון

ת.לידה: 01/03/1970

מס' בית:

גיל: 51.09

מס' זהות: 00024847832

שם האב: משה

טלפון: 54 6120701

ישוב: אור יהודה

טלפון נוסף: 3 5338323

מספר הפניה:

31914000922

רשיון רופא:



121495

חזן שרון



24847832

מספר הפניה:



031914000922

גורם שולח:



1914

שירות שבבחר:

תאור רפואי

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול מבוגרים

80015

שירות רפואי:

80015

PAIN FINGER

המטופל/ת סובלת מהפניה סובלים באצבע ימנית שמאל קצה האצבע
ללא הבלה
סדה מורש
רסס NSAIDS ללא הטבה

היסטוריה פעילות:

HYPERCHOLESTEROLEMIA
SMOKER
ACCIDENT/INJURY: NOS
knee trauma

mild

01/05/2005

01/01/1991

01/04/2013

01/04/2013

חולדות עבר:

SMOKER HEAVY
SMOKER

איפיון

01/01/1991

25/08/2021

01/01/1991

25/08/2021

תחנות קביעות:

תחנות

פעמים א הגשה כמות

LIPITOR 20MG TAB 20MG 1

1 טבליות

ביום

CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1

1 טבליות

ביום

ממצאים קליניים: ללא נפיחות או אודם אין פלג או פרוטקס
תמועות אצבע תקנות אין סימני טנוסיטוביטיס קלינית
US- חודגם טנוסיטוביטיס פלקסורי קל

מטרת הבדיקה: טיפול מקומי לכף יד שמאל
לאצבע 3

121495

ד"ר זיו אסא

מספר רשיון

שם הרופא

פולין רפואי

1-121495

ד"ר זיו אסא

ת.הח. 1-35557

מחלקת אש"מ

חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך 23/01/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל

שם המטופל	00-02484783-2	גיל	51.11	תאריך לידה	01/03/1970	מספר	5338323
שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	מין	ז	ת לידה	54	מספר	5120701
אור יתודה	סופר	מס' בית	20	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב	מס' בית	20	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה 210492769 מספר זהות הפניה 35758121222

תאריך הפניה 07/10/2021

סוג הביקורים לסדרה 1 וסמנת דרכים

לכבוד הרופא המטפל מקצועי ד"ר אלה קלימנסקי

מחלקה מרפאת וזה סביון

מקצוע רופא כללי

אבחנה בהפניה

אבחנה	אבחנה	אבחנה
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS		

אבחנה לטיפול

אבחנה	קוד	מס'
WHIPLASH INJURY	8470	

תאריך תחילת טיפול 10/10/2021 תאריך סיום טיפול 23/01/2022

מס' ביקורים בסדרה 11 פרסומי 11

מס' אי הפניות לטיפול 3

רשימת כל הטיפולים

מס'	טיפול
1	אבחון ראשוני בדיקה של פיזיותרפיסט
13	טיפול עם מגשור זרמים
11	טיפול כ Hol Pack
11	טיפול בהקמה רכה
10	סובלימציה ותרגילים פסיכיים
1	הדרכה לתרגול בבית
4	הערכה מחודש בדיקה
1	חברת המטופל/הקניית טיפ
3	תרגול כללי

סיכום טיפול

המסמך מכיל מידע 21 - וגו על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
ת.ז.: 024847832, טלפון: 054 - 6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה
גיל: 51/9, מין: ז', רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מתחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Brachioradialis	C5-C6
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנארית בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחט ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר. 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ת המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

סניף מור מגדל המאה ת"א

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 6 אפריל, 2022

טלפון: 03 - 7760100

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 024847832

שם נבדקת: חזן, שרון

תאריך בדיקה 28/03/2022

טלפון: 054 - 6120701 - 6120701

0020

כתובת: אור יהודה, טופז

054

רופא מפנה/מטפל: ד"ר חלאיקה מחמוד

גורם מפנה: דן-פתח תקוה

מדפיסה: לב

לכבוד

הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צווארי בגובהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

סיבת ההפניה: כאבים אחרי תאונה.

C1-C2-C3-C4-C5: תקינים.

C5-C6: פורמינל סטנוזיס דו-צדדית.

C6-C7: בלט דיסק אחורי מרכזי.

C7-D1: תקין.

בסיכום:

לחץ בי-לטרנלי על השורשים בגובה C5-C6.

אפשרות של לחץ על השק התקאלי בגובה C6-C7.

לא הודגם שבר.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית

מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדקת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

ש. הרופא
תואם
מספר רשיון 136738
כתובת
טלפון 03-7353400
פקס

מחוז: דן-פ"ת מרפאה: קנאור-רופאים עצמאיים-אור יהודה

תאריך 22/03/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל		חזן שרון	
00-02484783-2	52.01 ז	01/03/1970	משה
מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
20	מס בית	54 - 6120701	5338323 - 3
טופז	רחוב	טלפון	טלפון נוסף
אור יהודה	ישוב		

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856012680

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856012680

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

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

לכבוד: CT עם"ש צוארי

שירות	קוד	קיד	שירות שנבחר
רפואי	שירות משה"ב	שירות משה"ב	שירות שנבחר
10304010	78073	78073	שירות שנבחר
	L1039	ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי	שירות שנבחר

המטופל מתלונן על בן 52, בריא ברקעהיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.

ממצאים עיקריים
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי

אבחנה	אפיין	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
BACKACHE		7245

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/03/2022

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

הפניה לדימות

חזן שרון

דיון/תוכנית טיפולית מומלץ טיפול בנוגדי דלקת
CT עמ"ש צוארי מעקב אחרי הדמיה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

9821981
לסולמא אסול
לונטמט טלואקט ל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

חתימה וחזותמת הרופא

136738

מספר רשיון

ד"ר מחמוד חלאיקה

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 ביי"ח מפורסמת באתר הכללית

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מזגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

22/03/2022

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

חזן שרון

25/04/2022 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	52.02	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
טופז	20	54	-6120701	3	5338323 -
אור יהודה	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב				

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 06/10/2021

מספר הפניה: 35856013041

גרם שולח
5856
מספר הפניה
035856013041
תז נבדק
24847832
רשיון רופא
136738

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיותרפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי.
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מיד לאחר הפסקתן.

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

חולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

7 ה.ה.ר.

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-02484783-2 הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה

חזן שרון

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG	1	1 טבליות	1	ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg	1	1 טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי

136738
ד"ר מחמוד חלאיקה
מספר רשיון

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

חזן שרון



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 52.01 מין: ז

חזן שרון

מס' זהות: 00-02484783-2

ביקור עקב תאונת עבודה

ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

(ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB, ETORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M) 14)

למשך 10 ימים סה"כ 10 יח

טבליות 1 x1 ביום

תוקף מרשם: 21/06/2022 - 22/03/2022

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 5 ימים סה"כ 1 OP

קפליט 1 x3 ביום

תוקף מרשם: 21/06/2022 - 22/03/2022

מס' רישיון



136738

טלפון: 03-7353400

כתובת: שדרות אליהו סעדון 120

שם הרופא ד"ר מחמוד חלאיקה

תחום: אורתופדיה

חתימה וחומת הרופא: נחתם דיגיטלית**

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס

(עמודים 32 עד 32)

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום

בבתי

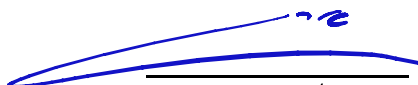
שרון חזן - נגד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, שרון חזן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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 :

נחתמו

(עמודים 34 עד 37)

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
158	178	02447832	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
5716	4	רמת גן	
		מיקוד	

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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

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

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

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

תאריך: 1/3/22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
מס' רשיון: 62254

יפוי כח

אני הח"מ, _____ / 5n 178
ת.ז. מס' 2447832, מרחוב _____ אל יג' יג'
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד ריג' 02 בענין תאונת דרכים מיום 6/10/27
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבלאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 2 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרש
עמ' 1254
מס' רשומה: 32254
עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ 150/150 בע"ת 24847832 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי
אחיה צפורה לעונשים הקבועים בחוק אם לא תעשה כן, טעחירה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מוחלות שהיו לי ושתייבו את אשמוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המוחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המוחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המוחלה:	_____	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 150/150 בע"ת 24847832 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1/7/22
הופיעה בפני 150/150 (המוכרת לי באופן אישי) שהוזהרה/תה בתעודת זהות מס' 24847832
ולאחר שהוזהרה/תה כי עליו/תה להצהיר את האמת וכי אם לא תעשה
תעשה כן ותא/תהא צפורה לעונשים הקבועים בחוק, אישרה את נכונות תצהירה.

חתימת הנתבעת
62254