

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

תאריך חתימת המסמך: 17/1/22

התובע: **אליהו חגימי, ת"ז 200890887**
מרחוב דב הוז 8, אור יהודה

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 –

הנתבע: **הפניקס חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

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

סכום האגרה: 710 ₪ (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 תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 20/10/89, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 89-100-01 (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, והעתק ביטוח חובה, 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, גנן עצמאי, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
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 להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 13.3.20, בשעה 11:00 או בסמוך לכך, באור יהודה, עת התכוון להיכנס לרכב, כשהוא עומד בין דלת הרכב לבין הרכב נסגרה דלת הרכב כתוצאה מרוח חזקה ששררה אותה העת והתובע נחבל בראשו ובעינו השמאלית (להלן: "**התאונה**").
8. התובע אשר סבל מקושי בראיה, מסחרחורת ובחילות פנה לקבלת טיפול רפואי בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנה חבלה לעין שמאל ולארובת העין, עם פוטופוביה וקושי בביצוע בדיקה נוירולוגית מחמת כאב והוא הופנה לביצוע בדיקת CT ראש ובדיקה במיון עיניים.
9. בדיקת CT ראש הדגימה עיבוי ריריות קל בחלק מהתאים האתמואידליים ובדיקה במיון עיניים העלתה פער בין העין הפגועה לבין העין הבריאה ונפיחות בעפעפיים והומלץ לתובע ליטול תחליפי דמעות.
10. לאחר קבלת טיפול רפואי כמפורט שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 7 ימים.
11. התובע אשר המשיך לסבול מכאבי ראש, סחרחורות, תחושת צריבה בעין, נפיחות וקשיי ראיה הופנה לבדיקת רופא עיניים וניתן לו המשך טיפול תרופתי.

12. נוכח הימשכות הסימפטומים והקושי בראיה, כמו גם, תחושת לחץ תוך עינית נדרש התובע לביצוע בדיקות נוספות. בין היתר, מחמת הפגיעה התעורר צורך בהרכבת משקפיים והוא הופנה לצורך התאמת משקפי ראייה.
13. כן, הופנה התובע לביצוע בדיקות הדמיה נוספות והמשך מעקב, נטילת טיפול תרופתי רלוונטי ומנוחה בהתאם לצורך.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מהפרעות בראיה, תחושת צריבה וכאב, קושי בריכוז ומיקוד, קושי בחשיפה לאור וראיה עכורה, הוא נזקק להרכיב משקפיים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. כן, מחמת התאונה ותוצאותיה נותרה לתובע צלקת בולטת ומכוערת הסמוכה לעינו השמאלית.
16. התובע עצמאי בתחום הגינון, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נבצר ממנו לעבוד במשך שעות ארוכות ונגרמו לו הפסדי שכר.
17. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
18. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

19. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 55,00 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 8,500 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 10,675 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 7,600 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר – |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות 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:

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

21. 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: חבורת (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תיעוד רפואי (עמודים 11 עד 27)	11
נספח 3: נחתמו (עמודים 29 עד 32)	29

נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 9)

קוד מוסב 26065-62

מחשבים
מחשבים
 באמצעות בנק המזרחי
 חש"ב 1-358977
 18/02/2020
 תשלום חובות הבנק -
 ללא תשלום לתעודה זו

שנת ייצור/מועד מס' נוסעים
 2005 28/02/2021 בחצות
 1+

סה"כ 1395.00
 דמי ביטוח

18/02/2020
 10:03
 יום שעת הדפסה

37945074

260654

37945074

37945074



מס' אסמכתא

37945074

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
 (ת.ז./ח.פ./ח.צ.)

200890887

מס' פוליסה

20-075-540-1495052

שם הסוכן

שיר סוכנות ל

מחבת בעל הפוליסה

שם בעל הפוליסה

00

חג' מילאליה

הוז דב

מס' רישון

8910001

סוג הרכב

בהתאם לרישון

מס' שילדה

008851

M1

1/03/2020

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אף לפני:

תיאור הרכב לצורך ביטוח: רכב פרטי

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

שם צד מסירת תשלום
 עלולה להקטין את הרישום שישולמו לבעל הפוליסה, או להקנות
 ערובה לבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 5345433

במצ'אות כמ' שלנו

מהדורה 11/2017



שירות חדשני מהפניקס
 בתביעות - "הנתיב המהיר"
 מס'ימים בשבילך טיפול
 בתביעה עד 10 ימים

- הנתיב המהיר" מקדם את שירות הטיפול בתביעה על בסיס 4 עקרונות מרכזיים:
- שירות מתקדם
- שירות מקצועי
- שירות באחריות
- שירות אקטיבי
- "הנתיב המהיר"
- שביעות רצון ללא פשרות

סוכן זה העזר במצוית גלבר וזכויות המבטח
 ין בהתאם לתנאי הפוליסה וסיעה

חייג למרכז תביעות הפניקס
 5070 * 24 שעות
 במתנה



מבוטח נכבד ,
 לפי הנחיות הפיקוח על הביטוח (בחזר 9-1-2008), נתני הנתיב,
 נתוני הרכב ונתוני תביעות חקי גוף בעבר מאומתים מול מאגר המידע
 לאיתור הונאות ביטוח .
 במידה וקיימת סתירה בין נתוני המאגר לבין הנתונים שהועברו על ידך,
 הינך זכאי להגיש ערעור למאגר באופן "שיר או באמצעות סוכן/חברת הביטוח.
 לקבלת טופס ערעור פנה לסוכן הביטוח או לחברה.

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מְדִינַת יִשְׂרָאֵל




1. **HAGAMI**
2. **ELIYAHU**
3. **20.10.1989**
4a. **11.09.2013**
4b. **8917671**
5. **ID 200890887**
6. **0887**
7. **החל מ-8 אוקטובר**
8. **ישא לינהוג בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל**
9. **B**

Categories of vehicles קטגוריות כלי הרכב **IL 200890887**

A	A2		D	D	
	A1			D1	
	A			D2	
B	B	  2000	D3	D3	
	C	C1			E
	C				

Restrictive Conditions of Use תנאים מגבילים לשימוש

200890887

20913/242

נספח 2 :

תיעוד רפואי

(עמודים 11 עד 27)

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור

200890887 חגמי אליהו

בן: 31

כתובת: הזדב 8 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6020808

מספר קבלה: 00120113032020

תאריך ביקור: 13/03/2020 01:00

אבחנות מסכמות

- Head trauma (959.01)

תחלואה נלווית

- S/P HEAD TRAUMA (9590) 01/01/2008
- HEADACHE (784.0) chronic
- REC Vertigo (438.85)
- PERSONALITY DISORDER NOS (301.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/פילה

הערות: בן 31, לדבריו היום נפגע מדלת של מכנית ליד עין שמאל, כעת סחרחורת, בחילה, עייפות וטשטוש ראייה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם
01:03 13/03/2020	63	152 / 96

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר צור מיה 01:13 13/03/2020

בן 31, גר באור יהודה ברקע אסטמה תרופות- משאפים ללא רגישויות ידועות מחלה נוכחית- כשעתיים טרם קבלתו בעת פתיחת דלת אוטו, נחבל בעין שמאל מאז מלין על הרגשה כללית רעה, בחילות רעידות, מלין על טשטוש ראייה וכאב בעין שמאל פוטופוביה ללא חבלות נוספות בבדיקתו בהכרה, יציב נשימתית והמודינמית GCS-15 אישונים שווים ספק אקומודציה מעט מופחתת אישון שמאל (קושי בשינוי פעולה בגלל כאב), עין שמאל פוטופוביה בדיקה נירולוגית מוגבלת בשל כאב, רוחם כי עצבים קרניאליים תקינים שריטה קלה סמוך לארובת עין שמאל, ללא דימום פעיל, ללא צורך בתפירה, ללא סימני חבלה חיצוניים נוספים שאר הבדיקה הגופנית תקינה ת-CT ראש

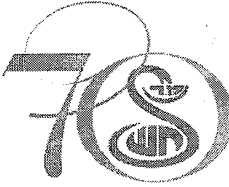
ד"ר זגריני מר. 134935 03:09 13/03/2020

בן 31. ברקע אסטמה. לפני מס' שעות בעת שפתח את דלת רכבו, הדלת עפה בגלל רוח וחבטה בפניו באיזור פריאורביטלי משמאל. מתאר דמם מהעין שפסק. שולל בחילה / הקאות. מציין כי כמעט ואיבד הכרה באמבולנס. שולל חבלות באיברים נוספים בבדיקתו: סימנים תקינים. נפיחות של גלגל עין שמאל. לא נמושו חבלות ראש נוספות. בדיקה נירולוגית גסה תקינה. ללא רגישות בהנעת צוואר / ניקוש חוליות. ב-CT: ללא רוחם לממצא חבלתי בראש. מאחר וממשיך להלין על כאבים בעין שמאל נפנה להמשך ניהול במיון עיניים. הודרך לגבי דגלים אדומים לחזרה למיון בחבלת ראש.

חשוי רפואי

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
עיר הברזל של ישראל
כפר 70 שומר



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
13/03/2020 03:11	דר' זגר יניב מ.ר. 134935	7 ימי חופשת מחלה משככי כאבים לפי צורך והוראות שימוש בדיקה במיון עיניים כעת בכל החמרה לרבות הופעת כאבים בלתי-נשלטים, הקאות, שינוי במצב הכרה יש לשוב למיון בדחיפות.	

Nadav Poria

13/03/2020 05:13:24

מכתב נחתם ע"י: דר' פוריה נדב מ.ר. 134796

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

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

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

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

להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

לביחור תשובות תרבות / וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה בין השעות 8:30 עד 11:00 לטלפון 03-5309159

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

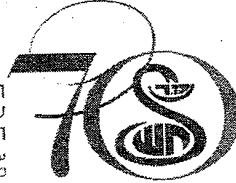
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בפיפיו כוח + ת.ז.

חסי רפואי

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
ע"ש הבריאות של ישראל
בני 52621



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

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

מוח 13/03/2020 CT

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 13/03/2020 מספר: 4015009515659

[CT מוח ללא חומר ניגוד]

[סיבת פנייה: בן-31 לאחר חבלת ראש עם בחילות.
טכניקה: הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.
בהשוואה לבדיקה מתאריך 10/05/2015]

ממצאים:

ללא עדות לשבר או לדימום תוך גולגולתי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטורנות ברוחב תקין.
הסתיידויות גסות בגרעיני הבסיס דו"צ.
ללא ממצא גס בגומה האחורית.
מעבר קרניוצרוויקאלי חופשי.
רקמות רכות ללא ממצא לציון.
עיבוי רירית קל בחלק מהתאים האתמואידליים. פרט לכך סינוסים ותאי מסטואיד מאווררים.

לסיכום:

לא הודגם ממצא אקוטי.]

חשוי רפואי

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
עיר הבדואות של ישראל
כבר 50 שנה



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 11577

פוענח על-ידי: ד"ר מקסימיליאנו קלוג

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

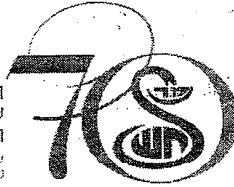
תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	13/03/20 01:30	13/03/20 01:29
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80		11.15 [↑]
CBC	RBC (M/microL)	4.4-5.9		5.52
CBC	HGB (g/dl)	13.5-17.5		16.53
CBC	HCT (%)	39.8-52.2		48.04
CBC	MCV (fL)	80.5-99.7		87.08
CBC	MCH (pg)	26-32		30.0
CBC	MCHC (g/dl)	32-36		34.4
CBC	RDW (%)	10.9-15.7		12.46
CBC	PLT (K/microL)	130-440		197
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1		9.04

חשוי רפואי

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
עיר הדימויים של ישראל
גבר 70 שנה



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	13/03/20 01:30	13/03/20 01:29
CBC	PCT (%)			0.18
CBC	NEUTRO% (%)	40-74		61.9
CBC	LYMPHO% (%)	20-40		26.8
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5		7.8
CBC	EOS% (%)	0-7		2.8
CBC	BASO% (%)	0-1.5		0.7
CBC	Nucleated RBC% (%)	0-0.6		0.4
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7		6.90
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8		2.99
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0		0.87
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.6		0.31
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2		0.08
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02		0.04↑
תיפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135	102	
תיפקודי קרישה בסיסיים	INR	0.80-1.20	0.98	
ביוכימיה בדם	Lipemia		Normal	
ביוכימיה בדם	Icterus		Normal	
ביוכימיה בדם	Hemolysis		Normal	
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45	44	
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.67-1.17	1.02	
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100	94	
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2	3.9	
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148	139	
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110	105	
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4	9.5	
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0	3.70	
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	3.5-7.2	7.6↑	
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1	0.43	
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (IU/l)	7-40	19	
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (IU/l)	7-45	13	
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (IU/l)	100-260	241	
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (IU/l)	45-115	101	
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (IU/l)	10-49	27	
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2	7.5	
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5	5.1	

חסי רפואי

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל
כפר סל שער



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחרית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	13/03/20 01:30	13/03/20 01:29
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5	2.40	
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH ₂ O)	275-295	290	
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (IU/l)	20-90	46	
ביוכימיה בדם	Lipase, pancreatic (IU/l)	7-60	18.0	
ביוכימיה בדם	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5	4.53	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

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

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

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: הוז דב 8 אור יהודה אור יהודה 6020808

200890887 חגמי אליהו
בן: 31 מספר קבלה: 0 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 13/03/2020 שעת קבלה: 03:31

סיבת הפנייה ומחלה נוכחית

נפגע מקצה דלת רכב בעין שמאל
מאז רואה מעט מטושטש וכאוב

ללא רקע עיני
בריא

תחלואה נילוות

- S/P HEAD TRAUMA (9590) 01/01/2008
- HEADACHE (784.0) chronic
- REC Vertigo (438.85)
- PERSONALITY DISORDER NOS (301.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה 6/9	חלקי	6/7.5	חלקי	חלקי	6/7.5
עם חריר 6/7.5	חלקי	6/6	חלקי	חלקי	6/6

בדיקת עיניים כללית

15	לחץ ת.ע	15
מעט נפיחות בעפעפיים, ללא ג"ז	עפעפיים	עפעפיים תקינים, לחמית שקטה, קרנית שקופה, ל"ק עמוקה וצלולה, קשתית שלמה
בהיפוך	קרנית	
שקופה	לשכה קדמית	
עצ	קשתית	
שלמה	עדשה	זכה
זכה	דיסקה	למקינה
תקינה	מקולה	תקינה
תקינה	רשתית	תקינה

אבחנות בביקור

- EXAMINATION OF EYES AND VISION (BOTH) (V72.0)

סיכום ביקור

בן 31, נפגע מדלת רכב בעין שמאל
בדיקת העינית תקינה - ללא גופים זרים, קרנית שקופה

המלצות

המלצה: -תחליפי דמעות ללא חומר משמר* 4 ביום למשך שבוע

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

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

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

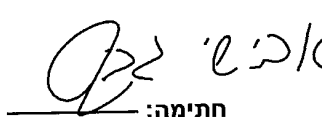
כתובת: הזז דב 8 אור יהודה אור יהודה 6020808

200890887 חגמי אליהו
בן: 31 מספר קבלה: 0 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 13/03/2020 שעת קבלה: 03:31

-בכל החמרה יש לשוב לבדיקה

במידה ואין ברשותך התחייבות לביקור במיון תשלח אליך דרישה לתשלום.
עפ"י הנחיות משרד הבריאות בתום ביקור בחדר המיון המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא המשפחה בקהילה.

לתשומת לב המטופלים המגיעים למיון בימי שישי וערבי חג!!!
מטופל שנבדק ביום חמישי/שישי/ערב חג ומוזמן לביקורת במיון למחרת, ידרש לשלם עבר בדיקת מיון נוספת.
לפני הבדיקה השנייה יש לפנות למוקד קופת חולים על מנת לקבל התחייבות/הפניה לבדיקת מיון.
במידה ולא תפנה למוקד קופת חולים - ייתכן שקופת החולים לא תכסה את עלות הביקור השני

Avishai Gavish
13/03/2020 04:48:03
חתימה: 

DocuSign

מכתב נחתם ע"י: דר' גביש אבישי מ.ר. 153435

אם במהלך הבירור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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

זמן הדפסה: 04:47 13/03/2020

00134942813

מספר ביקור:

30.5

גיל:

שם רופא/ה: ד"ר זמורדיאק-יחיעם סיגל

תחום הטיפול: עיניים

תלונות: לפני שבועיים קיבל מכה בעין שמאל מדלת של אוטו. נבדק במיון שיבא. בוצע CT ראש ללא ממצא. עשה בדיקת עיניים ללא ממצא בקרנית והומלץ על תחליפי דמעות. מזה 3 ימים צריבות בעין שמאל, מרגיש נפיחות, כאבים מסביב לעין ובראש וכאבים בהנעה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

חדות ראייה

חדות ראייה

PH	רגיל	בדיקה כללית - ימין
6/7.5	6/9-2	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

PH	רגיל	בדיקה כללית - שמאל
6/7.5	6/9-2	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

(לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

שמאל

15

ביקור עיניים

ממצאים: אישונים שווים ומגיבים לאור RAPD שלילי

תנועות מלאות ותקינות

עין ימין מקטע קדמי תקין

עין שמאל כאבים בחלק עליון של הארובה, ללא ממצא בהיפוך עפעף לחמית גירוי קל

מאוד קרנית שקופה מעט SPK בחלק תחתון לשכה עמוקה ושקטה שאר מקטע קדמי

תקין

FBE - דיסקה גבול חד מקולה וכלי דם שמורים קוטב אחורי תקין

תחליפי דמעות X3 ביום

קומרפסים קרים

משככי כאבים לפי צורך

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	CONTUSION EYE & ADNEXA

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טיפות	0	51489	M	N	N		1	30	לפטף בעין	3	Eye drops	1	SYSTANE ULTRA 10ML
טיפות	0	69642	M	N	N		1	7	לבליעה	3	Oral drops	50	OPTALGIN 500MGX15ML
כמוסה	0	9130	M	N	N		1	7	לבליעה	3	Cap.	1	OPTALGIN CAPLETS 500MG X 21

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

1527200 !

מ.ר גורם מפנה



092913

קוד הפניה: 168023572

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: אליהו		ת.ז.: 200890887	
ת.לידה: 20/10/1989		מין: ז		טלפון: 035333954		טל.עבודה/גייד: 0502807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

התייעצות מומחה

- במכבי

עיניים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ב-03/2020/13 נבד קבמיון שיבא סביב טראומה בעין שמאל מדלת של האוטו.
עבר סיטי ראש, בדיקת רופא עיניים, הוחל טיפול בלובריקנטים.
עד"ין נפחות קלה בעפעפיים, אודם בקונג'וקטיבה.
יחזור לרופא עיניים בקופ"ח.

• TRAUMA ACCIDENTAL

מעשנת: כן

• TOBACCO USE DISORDER (19/11/2018)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: המשך מעקב

06/04/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחוקתיות הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/04/2020 עד תאריך - 03/10/2020

ד"ר פרסקי אולג
מ.ר גורם מפנה
092913

מ.ר גורם מפנה



092913

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: אליהו	ת.ז.: 200890887
ת.לידה: 20/10/1989	מין: ז	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	טל.עבודה/נייד: 0502807172



0200890887

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 13/03/2020 עד יום: 19/03/2020 סה"כ: 7 ימים.

06/04/2020

תאריך

חותמה וחתימת הרופא



092913

קוד הפניה: 179060555

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: אליהו	ת.ז.: 200890887
ת.לידה: 20/10/1989	מין: ז	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	טל.עבודה/נייד: 0502807172



0200890887

התייעצות מומחהתחום שירות:

עיניים

- במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: עדיין לסירוגין יציאות רכות, HP בצואה חיובי

אין תלונות גסטרו

נחזור למבחן נשיפה

כמו כן - מבשר מספר שבועות - חודשים - יובש בעין שמאל

בבדיקתו - נגע פיגמנטרי בגודל 3 מ"מ בזווית פנימית של עין שמאל, אין סימני ברור של סקלריטיס או אפיסקלריטיס - עדיין יש צורך בבדיקתו ע"י רופא עיניים

• EPISCLERITIS &/OR SCLERITIS Most Probably Left

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (19/11/2018)

מטרת ההפניה: אודה להמלצתך לגבי המשך הטיפול והמעקב הנדרש;
בברכה;

13/07/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר. 92913 מ.ר. 30553

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/07/2020 עד תאריך - 09/01/2021

כ.ל.טון
15
חלפה

טלפון: 08-9235208

פקס: 08-9235203

כתובת: בילינסון 15, רמלה



0060625027



090568

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: אליהו		ת.ז.: 200890887	
ת.לידה: 20/10/1989		מין: ז		טלפון: 035333954		טל.עבודה/בייד: 0502807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

סיכום ביקור עיניים

תאריך ביקור: 13/10/2020

שם רופא/ה: דר' נאסר קורנליוס

גיל: 30.11

תלונות: תחושת גוף זר עין שמאל + טשטוש ראייה עין שמאל לפני כ-4 חודשים חבלה בעין זו

AUTOREF RE -1.5 -0.75 X 137 LE -1.5 -0.5 X 43

KRE 41.0 41.75 X 70 LE 41.75 41.5 X 59

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

חדות ראייה**ימין**

בדיקה כללית - ימין	רגיל	PH
DISTANCE S.C	0.5	0.9P
DISTANCE C.C		
NEAR S.C		
NEAR C.C		

שמאל

בדיקה כללית - שמאל	רגיל	PH
DISTANCE S.C	0.3	0.4
DISTANCE C.C		
NEAR S.C		
NEAR C.C		

ימין**לחץ****שמאל**

18

19

ממצאים: BE לחמית גרויה, תגובה פפילרית, קרנית שקופה, לשכה עמוקה נקייה, אישון עגול

מגיב, עדשה זכה

FOU דסקה גבול חד, מקולה שטוחה, רשתית צמודה

אופטומיטריסט לבדיקה סובייקטיבית והתאמת משקפיים

הפרקציה המצורפת אינה מרשם

אבחנות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
FML EYE DROPS 0.1% X 5ML	1	Eye drops	2	לטפטף בעין	12	1		M	N	N	822	0	טיפות
PATANOL 0.1% X 5ML	1	Eye drops	2	לטפטף בעין	30	1		M	N	N	65020	0	טיפות

מוזמן למעקב: על פי צורך



060625027



090568

קוד הפניה: 203650029

טלפון: 08-9235208

פקס: 08-9235203

כתובת: בילינסון 15, רמלה

פרטי הרופא:

ת.ז.: 200890887

טל.עבודה/נייד: 0502807172

מיקוד 6020808

14/10/20

הלפרין

רשת האופטיקה הולכה והמקצועית בישראל

סל / נא / צבע

200890887

אזיהו חלמי א.א.

סל כסוף אזיהו VA

R -100 0.75 x 170 6/6

L -0.75 -0.50 x 40 6/9

• OBSERVATION-PATIENT UND

• TOBACCO USE DISORDER (

קמכר
א/ה/א/א/א

קוד מב"ר

L1039

למנה אלו עורב
אופטומטריסטית
מ.ר. 108980

בדיקת מעבדה

Creatinine (B)

eGFR

משקפיים זה מוצר צריכה בסיסי

אהרונביץ 10 (מרכז רימונים) בני ברק 51377 טל' 03-6150300 פקס 03-6150301
www.optica-halperin.com

ד"ר נאסר קורנליוס

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/01/2021 עד תאריך - 18/07/2021

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מ.ר גורם מפנה



090568

קוד הפניה: 203650265

טלפון: 08-9235208

פקס: 08-9235203

כתובת: בילינסון 15, רמלה

דר' נאסר קורנליוס

עיניים | עיניים רשתית

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

שם פרטי: אליהו		שם משפחה: חג'מי		פְרָטִי הנבדק:	
ת.ז.: 200890887	טלפון: 035333954	מין: ז	ת.לידה: 20/10/1989	0200890887	
טל.עבודה/נייד: 0502807172	מיקוד: 6020808	הוז דב 8, אור יהודה		כתובת:	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו תמתין החל מתאריך 19/01/2021 ועד 19/04/2021 בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי. ניתן יהיה לבצע בדיקה בטווח התאריכים זה בלבד.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

TSH - 04443

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 19/01/2021 עד תאריך 19/04/2021. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

לכבוד
בית חולים
מכון
הברזל

20
69710

טלפון: 03-7644444

התחייבות מספר: 210140187

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי חגימי אליהו ת.ז. 200890887 ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע, על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 31

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
200890887	210140187	19012021

קוד מס CPT	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
1	CT מוח וארובות עיניים ללא	50401	19/01/2021	19/01/2021	1

ישוב: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה אופירה 1 טל: 03-5387222 מתאם שרות:

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 8/07/2021

נספח להתחייבות מספר 210140187:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות.
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

מכון CT

המכון: תג"מ, אליהו, ת.ד: 200890887 תאריך לידה: 20/10/1989

ד"ר נכדה,
הבדיקה בצעה בתאריך: 04/02/2021

להלן תמצאי סריקה טומוגרפית מחושבת של: מוח ללא ח. ניגוד IV

סיבת הפניה: בירור תחושת גוף זר ובלט של עין שמאל.

תמצאים:

לא נצפו דמם טרי, שבר או סימני לחץ.
לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח.
הפרדת חומר אפור-לבן תקינה.
אזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים, ציסטרנות CPA ופורמן מגונם בטווח התקין.
חללי האוויר בגולגולת מאווררים היטב, למעט עיבי ררית היקפי בתאי אתמואיד משמאל ובסינוס פרונטלי שמאל.

סיכום: ללא ממצא רקמתי מוחי חשוד.
עיבי ררית במספר מערות פנים משמאל.

להלן תמצאי סריקה טומוגרפית מחושבת של: C.T ארובות עיניים

הבדיקה בצעה ללא הזרקת חומר ניגודי,
במנח אקסילי עם שחזור קורנלי וסגילי.

סיבת הפניה: בירור תחושת גוף זר ובלט של עין שמאל.

תמצאים:

חיפין:

מרכיבי הארובה כולל שרירי הרקטוס, גלגל העין, עצב הראיה, שומן רטרובולברי שמורים.

חשמאל:

מרכיבי הארובה כולל שרירי הרקטוס, גלגל העין, עצב הראיה, שומן רטרובולברי שמורים.

מודגם עיבי ררית היקפי בתאי אתמואיד ובסינוס הפרונטלי השמאלי.
מבנים גרמיים תקינים.

סיכום: ללא ממצא חריג בארובות העיניים.
עיבי ררית בתאי אתמואיד ובסינוס פרונטלי שמאל.

בברכה,
ד"ר ברשטיין יגאל
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 28592
מר 19730

הוקלד על ידי: טום אופנהימר גבאי

מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק מכיל את כל הבדיקה.

נבדק נכדה,

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה - 27 -

נספח 3 :

נחתמו

(עמודים 29 עד 32)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל חניני
 ת.ז. מס' 20040500, מרחוב כז רצ ע אר ירון,
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ 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 הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי 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 הני"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
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 28 לחודש 12 שנה 2020

חתימה: X אריאל פרייברג

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

מס' עורר-מגן 62254

טופס ויתור סודיות רפואית

חלק א':

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

חג'מי	אליהו	200890887	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
דב הוז	8	6020808	טלפון
רחוב	מספר	מיקוד	
	עיר		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לעובד של חברת הביטוח למסור ל_____ או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע (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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או פרטים על כל תאונה בה הייתי מעורב.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות חברות ביטוח ו/או קופת החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע בכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים הנ"ל לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות חברות הביטוח ו/או קופות החולים ו/או מי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, 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 קופות החולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים ו/או חברות ביטוח הנ"ל לרבות תשלומים של המוסד לביטוח לאומי.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____.

* אני הח"מ מתיר לכל חברת ביטוח למסור מידע אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו או נגרמו בעבר.

* אני הח"מ מתיר למוסד לביטוח לאומי למסור מידע אודות תשלומים שהמוסד שילם וישלם לי לרבות נתוני רציפות ביטוח.

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: _____ תז. _____ שם האב: _____ תז. _____

 חתימה
 (במקרה של קטין – חתימת אפוטרופוס)

 חתימת מוסד ו/או
 רופא

28/12/20
 תאריך

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג

לקבל את המידע המפורט לעיל

 חתימה

 עד לחתימה ומס' ת.ז.

 תאריך

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ סל'ר ח'ל' - בעל ת.ז. 200190187 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:

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

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

_____	הפגיעה:	<u>חל'ר ימ'ל</u>	המוסד הרפואי:	_____
_____	הפגיעה:	<u>ח'ל'ר</u>	המוסד הרפואי:	_____
_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

סל'ר ח'ל'ר
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 21/12/87 הופיע
בפני סל'ר ח'ל'ר - (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 200190187 ולאחר
שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק,
אישר את נכונות הצהרתו.

[חתימה]
חתימת עורך הדין