

תאריך חתימת המסמך: 10.1.23

התובעים:
1. יהודה פינטו, ת"ז 64867831
2. מזל אריכא פינטו, ת"ז 49493950
מרחוב רוטשילד 40, נס ציונה
טלפון: 050-7934954

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 –

הנתבעים:
1. מזל אריכא פינטו, ת"ז 49493950
2. איי.די.אי חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אפעל 35, פתח תקווה
טל': 072-2228677; פקס: 03-7569580

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

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

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

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו 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.



(1) בעלי הדין :

1. התובע 1, יליד 1.4.1948 היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסע ברכב הנושא מספר רישוי 32-129-16 (להלן: "הרכב").
2. התובעת 2 הינה מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הייתה הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה, צילום רישיון נהיגה והעתק הכרעת דין, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעים 1 - 2 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשים התובעים בביצוע עבודתם ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 25/02/2021, בשעה 10:14 או בסמוך לכך, בצומת הרחובות חיים טפר ועמק השושנים, בנס ציונה, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת 2 מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 401-66-641, רכבם של התובעים נחבט בחוזקה והתהפך והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "התאונה").

התובע 1

9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בגפיים העליונות, נוכח כאבים עזים וקושי בהנעת כף יד שמאל בוצעה בדיקת הדמיה אשר הדגימה שבר בצוואר מסרק 5 עם קיצור ומרכיב של רוטציה. תחת שיקוף והרדמה בוצע ניסיון לרדוקציה וידו קובעה בסד גבס. התובע שוחרר לביתו בהמלצה להימנע מהפעלת יד שמאל, המלצה למנוחה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
10. התובע המשיך במעקב במסגרת מרפאות החוץ של בית החולים אסף הרופא, שם אובחנה הגבלה בתנועות אצבעות וכף יד שמאל ובצילום הודגם שבר עם תזוזה בצוואר המסרק.

11. התובע המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות אצבעות כף יד שמאל עם גזרור וקושי בביצוע פעולות ידניות טופל הן במסגרת הקהילה והן במסגרת מרפאת כף יד של בית החולים שיבא ובדיקת הדמיה הדגימה איחוי של השבר עם עיוות סיבובי והוא הופנה להמשך מעקב עם המלצה לביצוע ניתוח של כריתת עצם וקיבוע.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות האצבעות וכף יד שמאל, מקושי באחיזה והרמה, קושי בביצוע תפקודים ידניים, קושי באחיזה, קושי בנשיאת משאות, קושי בביצוע פעולות עדינות, מכאבים עזים, מקשיי הירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.
13. התובע עבד ברשת מרכולי מזון, מחמת התאונה ותוצאותיה היה התובע באי כושר לעבודה הוא לא הצליח להשתלב בשוק העבודה ונגרמו לו הפסדי שכר.
14. מאז התאונה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
15. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נזקק התובע להוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות ויזקק להוצאות אלה גם בעתיד.
- התובעת 2:**
16. לאחר התאונה הובהלה התובעת לבית החולים אסף הרופא, בצריפין, והוכנסה לחדר הלם שם אובחנו חבלות במספר מוקדים, בין היתר, בראש, בצוואר, בגב, בכתף ובזרוע ימין. במסגרת אשפוז בוצעה בדיקת הדמיה אשר שללה חשד בדבר דימום מוחי ובדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה הדגימה בקע דיסק בגובה C6-C7 עם לחץ על השק התקאלי. לאחר אשפוז בן מספר שעות שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 7 ימים.
17. התובעת המשיכה לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם בתנועות כתף וזרוע ימין, וקרסול ימין המשיכה במעקב הרפואי במסגרת הקהילה הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ומנוחה.
18. בדיקת הדמיה אשר בוצעה לתובעת וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בקעי דיסק והיצרות של המרווחים הבינחולייתיים בגבהים L4-S1 וחשד לשבר בחוליה.
19. נוכח הממצאים ובשים לב לחומרת הכאב ולהגבלה המשמעותית בתפקוד הופנתה התובעת למרפאת כאב לצורך מתן טיפול תרופתי לשיכוך הכאב ולמרפאה תעסוקתית אשר מצאה כי אינה כשירה לעבודתה במתכונתה הרגילה.
20. התובעת החלה לסבול ממצב רוח ירוד, דכאון, חרדה וקשיי הירדמות ושינה, הופנתה לקבלת טיפול פסיכיאטרי והמלצה לנטילת טיפול תרופתי פסיכיאטרי נוגד דכאון וחרדה וכדורי הרגעה.



רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

21. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בשיבה, הליכה ועמידה ממושכות, קושי בירידה ועליית מדרגות, קושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, קושי בנשיאה ואחיזה, מהקרנת הכאבים לגפיים, ממצב רוח ירוד, חרדה, דכאון, תלות בשימוש במשככי כאבים, קשיי הירדמות ושינה היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותיזקק להם גם בעתיד.

22. במועד התאונה הייתה התובעת גנת ומנהלת גן שורשים לפעוטות, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נזקקת לעזרה בביצועה ולהעסקת עובדים בשכר, היקף פעילות הגן הצטמצמה, נגרמו לה הפסדי שכר ויגרמו לה גם בעתיד.

23. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

24. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

25. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.



חלק 3

26. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| ₪ 75,500 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 32,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 10,500 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 8,500 | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ב. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|--|
| ₪ 140,500 | (5) הפסדי השתכרות בעבר – |
| ₪ 45,000 | (6) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 22,258 | (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 16,900 | (8) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ג. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 - 2 פיצוי הולם בגין נזקיהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של התובעים 1 - 2, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם 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 נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 - 2.

27. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים 1 - 2 בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה, לפצות את התובעים 1 - 2 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 התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 8 עד 13)	8
נספח 2: תובע 1 - תיעוד רפואי (עמודים 15 עד 31)	15
נספח 3: תובעת 2 - תיעוד רפואי (עמודים 33 עד 61)	33
נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - תובע 1 (עמודים 63 עד 63)	63
נספח 5: טופס 1 - מינוי מומחים - תובעת 2 (עמודים 65 עד 65)	65
נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 67 עד 74)	67



נספח 1 :

חבות

(עמודים 8 עד 13)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים	
יחידה	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
תאריך	28/02/2021 ט"ז אדר תשפ"א 13:30
מס' תיק מסוף	5 - 2021 - 1264 - 5208
טלפון	08-9371419
כתובת	הרצל 206, רחובות
נושא המסמך	
מספר תיק פלא	2021 / 238978
סיווג תיק	ת.ד. ת.ד.
מס' מסמך בתיק	יא
פקס	08-9371580
מייל	bohanim.shfela@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 25/02/2021 בשעה 14:10
2. מקום התאונה: נס ציונה צומת רחוב חיים ספר עם רחוב עמק השושנים בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
64166401		פגיו' צרפת	
חברת ביטוח			
הראל	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
8038065211/20			
מעורבים ברכב:			
שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג	66106378	הילה נתיב	01/11/1982
כתובת			
נס ציונה, המנין הראשון 14			
פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
1612932		יונדאי קוראה	
חברת ביטוח			
ביטוח ישיר	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
1033864703/3			
מעורבים ברכב:			
שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג	49493950	מוזלי אריא פנטו	1948
כתובת			
נס ציונה, רוטשילד 40			
פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
64867831		יהודה פינטו	
חברת ביטוח			
נס ציונה, רוטשילד 40	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
קופ"ח / בית חולים			
אספ הרופא/שמיר - צריפין			
פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
326834512		שליו טולידנו	
חברת ביטוח			
נס ציונה, מכבי 7	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
קופ"ח / בית חולים			
אספ הרופא/שמיר - צריפין			

פרטי הולכי רגל:

מצב התיק: בחקירה

מתאריך: 28/02/2021

5. כמות נפגעים: 3

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
-----	----------	---------

מעוז הוז
מ-א 1132849
בוחר תנועה את"ר שפלה



שימוע והחלטה על פסילה מנהלית מקבל או מחזיק ברישיון נהיגה

פרטים כלליים

יחידה: שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
מספר תיק פלא: 238978/2021
סיווג תיק: ת.ד., ת.ד.
תאריך: 28/02/2021, ט"ז אדר תשפ"א, 13:08
כתובת: הרצל 206, רחובות

טלפון: 08-9371419
פקס: 08-9371580
מייל: bohanim.shfela@police.gov.il
מס' מסמך בתיק: ז
נושא המסמך:

יחידה פוסלת	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז	בימ"ש	בימ"ש לתעבורה-פתח תקוה	תאריך המשפט
-------------	-----------------------------	-------	------------------------	-------------

א. פרטי הנהג

מספר זהות	049493950	מספר התיק / הדו"ח	238978	סמל יחידה	9302701
שם משפחה	אריכא פינטו	שם פרטי	מוזלי		
מספר רישיון נהיגה	2427994	מען נהג	רוטשילד 40 נס ציונה		
בתאריך	28/02/2021	בשעה	13:08	במקום	במשרד

ראיתי לפני את הנהג הנ"ל, אשר זוהה באמצעות רישיון עם תמונה

והודעתי לו כי: "בתוקף סמכותי לפי סעיף 47 לפקודת התעבורה, בהיותי משוכנע שיש יסוד להאשימך בעבירה, בקשר: לתאונה שבה היית מעורב מסוג ת"ד/נ"ב"

סמל הסעיף (בדו"ח) 
פירוט העבירה:

חומרה	סעיף	עבירה נגזרת	האשמה	סמל ושם החוק
עוון	49		אי שמירה על רווח	904 - תקנות התעבורה תשכ"א - 1961
עוון	62 (2)		נהיגה בקלות ראש	905 - פקודת התעבורה (נ"ח) תשכ"א - 1961
עוון	40 א		סטייה מנתיב הנסיעה	914 - תקנות התעבורה תש"ל - 1970

בתאריך 25/02/2021 בשעה 14:10

במקום

נס ציונה צומת רחוב חיים טפר עם רחוב עמק השושנים בכביש עירוני

אני עומד לפסול אותך מלהחזיק ברישיון הנהיגה."

לאחר שהסברתי לנהג, כי באפשרותו להעלות את טענותיו בפני, לצורך החלטתי בדבר פסילתו המנהלית מקבל או מלהחזיק ברישיון נהיגה, אמר הנהג (פרט את דבריו):

אני נהגת זהיר בדרך כלל, מעולם לא השתתפתי בתאונה, אני צריכה את הרישיון לעבודה ויש לי תו נכה.

החלטת קצין המשטרה

החלטתי לא לפסול אותך מלהחזיק ברישיון נהיגה

מהנימוק:

להגל רג משנת 1982
ללא הרשעות כלל
מדובר בתאונה בה הנל ובעלה נפגעו קל, על כן החלטתי לא לפסול את רישיון הנהיגה.



פרטי הקצין:

מ"א	1175686	שם משפחה	דניאל	שם פרטי	יאיר
תפקיד	מפקד שלוחת בוחנים	דרגה	פקד	מקום השירות	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז

פקד - יאיר דניאל

מ.א. 1175686

רמתי"ד שפלה

חתימה

ב.

- מתוקף הוראות תקנה 555 לתקנות התעבורה, עליך למסור מיד את רישיון הנהיגה שלך לידי איש המשטרה המוסר לך צו זה (אף אם רישיון אינו בתוקף).
- אם אבד רישיון ואין לך עותק של הרישיון, עליך להצהיר על כך מיד למשטרה.
- אם תמצא את רישיון לאחר קבלת צו פסילה זה, עליך למסרו מיד למשטרה.
- גם אם לא מסרת את רישיון, הנך פסולה מלנהוג החל מיום מתן ההחלטה על צו הפסילה.
- ואולם, חישוב ימי הפסילה ייעשה רק מיום מסירת הרישיון לקצין המשטרה הפוסל, או מיום מסירת תצהיר על אבדן הרישיון, כאמור.
- בהעדר תצהיר על אבדן הרישיון, יחל חישוב ימי הפסילה ממחרת היום בו עתיד לפקוע הרישיון.
- בתום הפסילה,

ניתן לקבל את הרישיון ב: שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז. חדר: _____

הנך רשאי/ת לנהוג ברכב עד שעה _____ תאריך _____

פרטי הקצין:

מ"א	1175686	שם משפחה	דניאל	שם פרטי	יאיר
תפקיד	מפקד שלוחת בוחנים	דרגה	פקד	מקום השירות	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז

פקד - יאיר דניאל

מ.א. 1175686

רמתי"ד שפלה

חתימה

הצהרת הקצין



בתאריך 28/02/2021 בשעה 13:11 במקום לשכת בוחנים שפלה

מסרתי את הצו הנ"ל ל: מוזלי אריכא פינטו

לא קיבלתי ממנו את רישיון הנהיגה

הסיבה לא נפסלה

☐ לנהג שאינו דובר עברית:

☐ השימוע התקיים בנוכחות:

חתימת מקבל הצו

שם מקבל הצו מוזלי אריכא פינטו חתימה _____

דווח למחשב על:

☐ פסילה

☐ החזרת רישיון הנהיגה בתום הפסילה

☐ הארכת הפסילה

תאריך הדיווח 28/02/2021 שם המדווח חתימה _____

הרישיון הוחזר?

☒ כן



בית המשפט לתעבורה מחוז מרכז

03 נובמבר 2021

ת"ד 13084-06-21 מדינת ישראל נ' אריכא

טיעונים לעונש

ב"כ המאשימה:

הנאשמת נוהגת משנת 1982, לחובתה הרשעה אחת- מגישה.
מדובר בתאונת דרכים אשר הובילה לחבלות של ממש לנוסע ברכבה של הנאשמת. כאמור על פי חוק יש
פסילת מינימום של 3 חודשים.
עותרים ל – פסילה בפועל 3 חודשים, פסילה על תנאי וקנס בסך 1,200 ₪.
מגישה מסמכים רפואיים בעניין החבלה של ממש.

הנאשמת:

לא הרכב של זו שהייתה לפני התחפך, הרכב שלי התהפך.
אני בת 74. אני גננת. אני ממשיכה לעבוד כי אין לי ברירה. אני לא רוצה לחיות מ – 2,000 ₪ של ביטוח לאומי
אני נהגת מעל 40 שנה ונוהגת הרבה. יש לי נכדים שאני לוקחת ומחזירה מהגן, יש לי נכד אחד שאני לוקחת
אותו לבית ספר מיוחד ומחזירה אותו. אני מבקשת שלא לפסול את רישיוני.
בעלי נפצע באצבע כי הוא ניסה להגן עלי.

בעלה של הנאשמת:

אני חשבתי שאני יכול לעצור את האוטו, זו הייתה תנועה אינסטינקטית. שמו לי גבס תחתון כזה שהאצבע לא
תזוז.

גזר דין

בקביעת מתחם העונש ההולם, העיקרון המנחה הוא עקרון ההלימה בין חומרת המעשה בנסיבותיו ומידת
אשמתו של הנאשם ובין העונש המוטל עליו.
כאשר, מדיניות הענישה אמורה להרתיע מפני בצוע עבירות נוספות ולהעביר מסר ברור על מי שבהתנהגותו
פוגע בערך החברתי שהינו פגיעה בביטחון הציבור וסיכון המשתמשים בדרך. מתחם עונשי נע בין 3 חודשי
פסילה לבין 9 חודשי פסילה, אולם במקרה זה, מצאתי לנכון לחרוג לקולא ממתם הענישה:
1. לזכותה של הנאשמת וותק נהיגה של עשרות שנים, עברה ללא רבב להוציא ב"מ אחד.
ניתן לקוות כי האירוע הנדון בפניי הנו תקלה חד פעמית.
2. חבלה של ממש כמפורט בכתב האישום ובתיעוד רפואי שהונח בפניי הינה ברף הנמוך של חבלה
ומשעה שהמדובר בבעלה של הנאשמת, יש להניח כי מדובר בסבל משותף.

קנס

הנני דנה את הנאשמת לתשלום קנס בסך 1,800 ₪ או 30 ימי מאסר שתישא תמורתם.
הקנס ישולם תוך 60 ימים.

הנאשמת/ הסנגור הונחה לגשת למזכירות לקבלת שובר תשלום.



בית המשפט לתעבורה מחוז מרכז

03 נובמבר 2021

ת"ד 13084-06-21 מדינת ישראל נ' אריכא

פסילה על תנאי

הנני פוסלת את הנאשמת מלקבל או מלהחזיק רישיון נהיגה לתקופה של 3 חודשים
וזאת על תנאי למשך 3 שנים.

זכות ערעור כחוק תוך 45 ימים לבית המשפט המחוזי בלוד.

ניתנה והודעה היום כ"ח חשוון תשפ"ב, 03/11/2021 במעמד הנוכחים.

אטליא וישקין, שופטת בכירה



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל

אריכא פינטו
1. ARICHA PINTO
מוזלי
2. MAZALI
3. 01.01.1948
4. 4a.11.07.2019
4b.01.01.2023 4d.ID 049493950
5. 2427994 3950
8. רוטשילד 40 נס ציונה

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

9. B 3950



נספח 2 :

תובע 1 - תיעוד רפואי

(עמודים 15 עד 31)



מלרד : מיון מהלכים / מיון אורתופד
מ.ז. : 6486783-1 שם: פינטו יהודה
מקרה: 11628083
אב : מישון
סוג : אזרח
קופ"ח : לאומית
סיבה : תאונת דרכים
תקבלה: 25.02.21 15:16
מפעיל: BATYAA
כתובת: חרטשילד 40 נס ציונה
טל: 050-7206700
ת.לידה: 01.01.1948
מיון ז
כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: לא
אסר הרופא

המרכז
הרפואי
שמיר



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001
מסונן לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
www.assafn.org ☎ 08-9779909 ☎ 08-9779910/1
מנהל מלר"ד: ד"ר דניאל טרובצקי
אה אחראי: מר גרגורי גרנובסקי

ממתין ☐ לא ממתין ☐ שעה _____ התימה _____ גיל _____ משקל _____

סיבת הפנייה _____ ידון זיהוי ☐

רקע רפואי _____

רגישות לתרופות: ☐ לא ידוע ☐ כן, ראה פירוט בדף הוראות

שעה _____ חתימה _____ מחולל _____

ניידות	מצב העור	מצב הכרה	שימוש בעזרים	מצב רגשי	נשימה	הובא ע"י
☐ עצמאי	☐ תקין	☐ A מלאה	☐ משקפי ראייה	☐ תקין	☐ עצמונית	☐ אמבולנס
☐ מוגבל	☐ פצע/ לחץ	☐ V מגיב לקריאה	☐ מכשיר שמיעה	☐ אי שקט	☐ קוצר נשימה	☐ לבד/ משפחה
☐ מרותק	☐ פריחה/בצקת	☐ P מגיב לכאב	☐ מקל/הליכון/כיסא	☐ חרד	☐ חמצן	☐ מוסד
	☐ שיפשוף/חתך	☐ U חסר תגובה	☐ אחר _____		☐ מונשם	☐ מלווה

שליטה על סוגרים: ☐ כן ☐ לא

סיכון לפתח פצע לחץ ☐ כן ☐ לא

הדרכה ☐

סיכון לנפילה: ☐ כן ☐ לא

התערבות

☐ שינוי תנוחה שעה _____ חתימה _____

☐ דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה סגורים ☐ בהשגחת מלווה

שעה _____ חתימה _____

☐ הדרכה: מטופל/מלווה שעה _____ חתימה _____

שעה	לחץ דם	דופק	חום	SAT%	עוצמת כאב	סוכר	מילוי קפילרי	חתימה

אומדן והדרכת מטופל ובני משפחתו

מוגבלות בקבלת הדרכה: ☐ כן ☐ לא

☐ לקות ראייה ☐ לקות שמיעה ☐ שפה _____

אחר, פרט _____

הדרכת מטופל/מלווה בנושא _____

תהליך הטיפול במלר"ד/ מניעת נפילות/ פצע לחץ/ בידוד

דף מידע: ☐ כן ☐ לא

שעה	חתימה

הפניה לצילום ע"י אח/ות: ☐ כן ☐ חתימה _____

שעה _____ חתימה _____

רופא/ה בודק/ת שעה _____ חתימה _____

מנהל/ת מקרה שעה _____ חתימה _____

סיקור כאב: ☐ כן ☐ לא
אמזן כאב: BPS ☐ PAINAD ☐ VAS ☐
OUCHER ☐ FLAAC ☐ BSPNI ☐

עוצמה _____ מיקום _____

תדירות: לסרוגין/קבוע

רופא/ה לכאב/חום שעה _____ חתימה _____

שעה	תכנית/הוראות	חתימת רופא/ה

הערות:

* רגישות ל

שעה	אופן מתן	תדירות/תמיסה	מינון	קצב	חתימת הרופא/ה	שעת ביצוע	חתימת אח/ות
חיסון			מס' אצוה				



אופן העברת המטופל: ☐ ברגל ☐ בכיסא ☐ במיטה ☐ בליוי רופא/ה ☐ בליוי אח/ות ☐ מזודות ליווי ☐ חמצן ☐ מוניטור ☐ דפירילטור

☐ שחרור ☐ אישפוז ☐ מוסד אחר ☐ עזב על דעת עצמו ☐ חתם ☐ לא חתם

שם הרופא/ה _____ מס' רשיון _____ שעה _____ חתימה _____

לרופא/ה המטפל/ת - יש לברר מצב חיוני

תעודה זו ניתנה על ידי להגשת לבית המשפט וארצות כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שבועה שקר בשבועה בבית המשפט, בין ותכונה זו כמסמך התענה על ידי עדות בשבועה שנתתי לבית המשפט.

נא למסור טיפוס זה לרופא/ה המטפל/ת



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 17:24, 25/02/21

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח' דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11628083

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא 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

פינטו יהודה

ת.ז.: 6486783-1 מין: זכר
סוג מבקר: אזרח שם האב: מישון
מצב משפחתי: נ + 2 קופ"ח: לאומית
כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה, 7404504
ת.לידה: 01/01/1948 גיל: 73 ש
טל: 050-7206700 שם האם: לונה

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים
גורם מפנה: פניה עצמית
מבטח: פינטו יהודה, 6486783-1
תאריך קליטה במיון: 25/02/21 שעה: 15:16
תאריך קליטה בב"ח: 25/02/21 שעה: 15:16

אבחנות נוכחיות

815.00 - CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (LT)

פעולות נוכחיות

79.03 - CLOSED REDUCTION OF FRACTURE OF CARPALS (LT)

רגישויות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 73

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתו למיון היה מעורב בת.ד חבלה מבודדת לכף יד שמאל שולל חבלות נוספות.

בבדיקתו במיון-

נפוחות מעל אספקט דורסלי של ראש מפרק 5, ללא פצעים פתוחים, ממקד רגישות מעל איזור נפוחות, שולל רגישות מעל שאר מפרקים, ללא רגישות לאורך אצבעות, תחושה שמורה, שולל רגישות מעל שורש כף יד ומעבר רדיוקרפלי.

בעת כיפוף של אצבעות הודגם סזירינג של אצבע 5,

בצילומים במיון- שבר צוואר מסרק 5 עם קיצור ומרכיב של רוטציה.
במיון תחת שיקוף בוצע נסיון רידוקציה וקיבוע עם סד GBS INTRINSIC PLUS.

בצילום ביקורת:
עמדה בשיפור.

הוסבר מטופל על הממצאים, ועל המשך טיפול,

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

ביקורת מרפאות כף יד במוסדינו בעוד שבוע לצורך הערכה חוזרת והחלטה לגבי המשך טיפול.
יש לקבוע תור בטלפון 089779610.
להימנע מהרטבת גבס.
להקפיד על יד מורמת מעל כרית בעת שינה.
בכל החמרה משמעותית בכאבים, לחץ ניכר מהגבס יש לפנות לרופא מטפל.
חופשת מחלה למשך שבועיים.

שחרר בליווי

חתימה



רופא מאשר: דר. שחאדה, מונדר
חתימה:

מספר רשיון: 131932

17:25 25/02/21

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



01.03.21	לכבוד
	פינטו יהודה
6486783-1	רוטשילד 40
26-28	נס ציונה, 7404504

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה כירורגית יד

נר/גב' פינטו יהודה 6486783-1 מוזמן/ת ביום רביעי 03/03/2021 לשעה 11:30
למרפאה כירורגית יד לכיר' יד בבניין A 106, מרפאות חוץ.

קוד שירות	תיאור שירות	מחיר ליחידה	כמות
L9249	בדיקת רופא אורתופד - ג	295 ש"ח	1
LABMIC	בדיקות מעבדה מיקרוביולוגיה	0 ש"ח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית בעלת תאריך תקף • התחייבות מהקופה המבטחת לנפגעי תאונות דרכים
----------------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 08-9779610 מס' פקס מרפאה: 08-9779611 דוא"ל מרפאה: shamir.gov.il@089779611	מס' טלפון מטופל: 050-7206700
-----------------	---	------------------------------

הערות	077-4261338 בדיקת רופא במרפאות ובמכונים ללא צורך בהתחייבות בעלות של 120 שח נא להביא צילומים עדכניים לפני מועד הביקור בתיאום עם הרופא המטפל בקופה. הביקור אינו מותנה בבדיקה על ידי רופא מסוים לתשומת לבך בתחומי בית החולים יש לעטות חסיכה. לכל מטופל יתלווה מלווה אחד בלבד. הקבלה מותנית בהצגת תעודה מזהה בלבד (תעודת זהות /הישיון/ נהיגה/דרכון) כל מטופל מתחת לגיל 18 יתקבל בלינוי אפוטרופוס בלבד עם הצגת ספח ת.ז. של ההורה. התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם החליטה הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות. במידה ויתבצעו בדיקות ו/או טיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות שהצגת, תהויב כתשלום/ בהמצאת התחייבות נוספת מהמבטח עבור שירותים אלה. נא תשומת הלב לשילוט מכון לחניות
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

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



סודי רפואי

מעודכן ל: 03/03/21

שעה: 12:37

מחלקה: מרפ. כיר. יד

מנהל מח': דר. אבישר

סיכום ביקור - 33382670

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

פינטו יהודה

ת.ז: 6486783-1

מין: זכר

ת.לידה: 01/01/48

גיל: 73 ש

טל: 050-7206700

שם האב: מישון

שם האם: לונה

מצב משפחתי: נ + 2

קופ"ח: לאומית

איש קשר: אריכא

פינטו מוזלי

כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה, 7404504

נתוני ביקור

בלה למחלקה: 03/03/21

שעה: 10:42

רגישויות

לא ידוע

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

ימין דומיננטית, בד"כ בריא, היה מעורב בתאונת דרכים ב- 25.2.21, במיון נמצא שבר של צוואר מסרק 5 וטופל בסד גבס. בבדיקה - אככימוזיס בספיגה, רגישות מקומית והגבלה בתנועות, לציין רוטציה קלה בצילום - שבר צוואר מסרק בתזזית מועטה

הומלץ על המשך טיפול שמרני

מעקב אורטופד בקופ"ח

זקוק לחופש מחלה - חודש

חתימה

רופא: דר. קרן, תמרת

12:37 03/03/21

מספר רשיון: 34190

חתימה:

[Handwritten signature]

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות זכותך לדעת. זכותך לקבל www.kolzchut.org.il	"קול הבריאות" *5400 לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	 משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	--	--





המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

מעודכן ל: 03/03/21

שעה: 12:37

מחלקה: מרפ. כיר. יד

מנהל מח': דר. אבישר

סיכום ביקור - 33382670

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות המולה, 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 לחופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

פינטו יהודה

ת.ז: 1-6486783 מין: זכר ת.לידה: 01/01/48 גיל: 73 ש
טל: 050-7206700 שם האב: מישון שם האם: לונה מצב משפחתי: נ + 2
קופ"ח: לאומית איש קשר: אריכא פינטו מוזלי
כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה, 7404504

נתוני ביקור

שעה: 10:42

גבלה למחלקה: 03/03/21

רגישויות

לא ידוע

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

ימין דומיננטית, בד"כ בריא, היה מעורב בתאונה דרכים ב- 25.2.21, במיון נמצא שבר של צוואר מסרק 5 וטופל בסד גבס.
בבדיקה - אכזימוזיס בספיגה, רגישות מקומית והגבלה בתנועות, לציון רוטציה קלה בצילום - שבר צוואר מסרק בתנועת מועטה.

הומלץ על המשך טיפול שמרני

מעקב אורטופד בקופ"ח

זקוק לחופש מחלה - חודש

סודי רפואי
פינטו יהודה

סיכום ביקור - המשך
ת.ז: 6486783-1 מקרה: 33382670

מרפאה כירורגית יד

חתימה

רופא: דר. קרן, תמרת
12:37 03/03/21

מספר רשיון: 34190
חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות זכות לדעת, זכות לקבל www.kolzchut.org.il	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	 משרד הבריאות להיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	--	--



ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר: 22365

מרפאה: סניף רחובות

כתובת: ביל"ו 2 רחובות

טלפון: 08-9377800

אישור מחלה (לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
פינטו יהודה	1-06486783/1
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך	עד תאריך
25/02/21	31/03/21
סה"כ 35 ימים.	
הערות:	
	
תאריך	הופק ע"י ד"ר ספיר לריסה מ.ר: 22365
8/03/21	

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 8/03/21

ד"ר שואב לב
 כירורגיה אורתופ
 מ.ר: 23585
 מרפאה: מרכז רפואי מירב
 כתובת: שד' העצמאות 67 בת ים
 טלפון: 03-5008833

אישור מחלה (לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור			
הנני מאשר כי המטופל/ת:			
שם מלא		שם מלא	
פינטו יהודה		פינטו יהודה	
תעודת זהות	1-06486783/1	תעודת זהות	1-06486783/1
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך	1/04/21	עד תאריך	9/04/21
סה"כ		9 ימים.	
הערות:			
תאריך		31/03/21	
הופק ע"י ד"ר שואב לב מ"ר: 23585			

דיוור שואב לב
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 מ.ר: 23585
 ח.פ. 519/22-74

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 31/03/21

9:39:54

תאריך הדפסה : 4/04/21

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופד

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217461

פרטי המטופל	
שם מלא	פינטו יהודה
תעודת זהות	1-06486783/1
ת.לידה : 1/04/48	
מגדר : ז	
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045	
טלפון : 08-9406626 050-7206700	
סוג אירוע..... : תאונת דרכים	
! הבדיקה הדרושה: 90870 מומחה כף יד	
אבחנה משוערת: 825.25	
תלונות: 72 בן	
ת"ד ב-25.02.2021 מטול בגבס עקב שבר ב-5 MC	
הגבלה ניכרת בתנועות של אצבע 5 שמאל עם אוברלאפינג של אצבע 4	
על אצבע 4	
מטוריקה ותחושה שמורה	
מופנה לצילום	
04.04.2021	
בצילום שבר מרוסק בראש MC5	
חולה קבל הסבר על מצבו	
מופנה למרפאה כף יד	

METATARSAL BONE(S) FRACTURE, CLOSED
< LEFT >

ד"ר שואב לב
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 23585
מ.ר. 17374
ח.ב. 514382274

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

9:39:54

תאריך הדפסה : 4/04/21

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217461 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	שם מלא
תעודת זהות	פינטו יהודה
1-06486783/1	ת.לידה : 1/04/48
גיל : 73Y 0M	מגדר : ז
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045	טלפון : 08-9406626
050-7206700	
אבחנות כרוניות:	
OCCUPATIONAL THERAPY CARE	V57.21
LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	V58.69
HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE	228.01
HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE	272.0
ASTIGMATISM, REGULAR	367.21
< BILATERAL >	367.4
PRESBYOPIA	600.0
< BILATERAL >	724.50
HYPERTROPHY (BENIGN) OF PROSTATE-BPH	755.674
< SUSP. >	
LOW BACK PAIN - LBP	
TARSAL COALITIONS	
< SUSP. LEFT >	
השאלה ליועץ:	
בדיקה	
תאריך : 4/04/21	
הופק ע"י ד"ר שואב לב מ"ר : 23585	
חוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

29 2 מתוך 2 דפים

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 המושלם ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מרפאת כף יד

טלפון: 03-5302014
פקס: 03-5302825

מנהל המרפאה: דר' יניב יונה מ.ר. 23594
אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

סיכום ביקור

כתובת: רוטשילד 40 נס ציונה . נס ציונה 7404504

64867831 פינטו יהודה
בן: 73 מספר קבלה: 19133065
תאריך ביקור: 04/07/2021 11:33

תלונת החולה / תלונה עקרית

בפברואר 2021 ת.ד חבלה לכרך יד שמאל
שבר מסרק 5 שטופל שמרנית
לאחר החלמה של השבר, סובל מרכיבה של אצבע 5 על 4

בדיקה גופנית

בצילומי ביקורת - איחוי מלא של השבר בעיוות סיבובי

המלצות כלליות

המלצה: הפניה לטיפול ניתוחי

המלצה לניתוח:

ניתוח: OSTEOTOMY; METACARPAL 265650

פרטי ניתוח

סוג אשפוז: אשפוז
סוג הרדמה: כללית
משך ניתוח מתוכנן: 1 שעה
דרושה בדיקת מרדים טרום ניתוח: כן
דחיפות: רגיל



הזמנה לבדיקה הטרם ניתוחית תישלח אליך בדואר ע"י מזכירת המחלקה. לפרטים נוספים ניתן להתקשר לטלפון 03-5302682

נחתם ע"י: דר' קובו אלון מ.ר. 32403

אם במהלך הברור והטיפול בר 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 חנים 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: 12:10 04/07/2021

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא

מרפאות חוץ

טופס רישום פעילות אורטופדית

(לשימוש משרדי)

מרפאה: מידא
 04/07/21 ביקור: מרפאה אורטופדיה-כירורג
 ת.ז.: 6486783-1 שם: פינוס יהודה
 אבא: מישון כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה
 מ"ו: זכר טל': 050-7206700 לידה: 1948
 מקור: 7404504

מדבקה

רופא/אחות נא לסמן ב-X את הפעולות שבוצעו	חוסד: 6014	שם חוסד: קופ"ת לאומית	שם חוסד: 6486783-1	יחידה: 41221	מרכז רפואי שיבא
29035 ערכת גבס (ספיקה) לבעיות	8/0/0	תרבות ממקום אחר (חיידקים)	פתיחת מורסה - חיתוך וניקוז מורסה או ציסטה	10060	
29065 גבס ארוך מכתף עד כף יד			הוצאת ציפורן חודרנית	11750	
29075 גבס קצר, ממרפק עד לאצבעות (גבס אמה)			הוצאת גוף זר/נ. אמבולטורי זעיר	20520	
29085 גבס יד ואמה תחתונה (כפפה)			ניקור, שאיבה ו/או הזרקה לפרק קטן	20600	
29345 גבס מירך עד לאצבעות			ניקור, שאיבה ו/או הזרקה לפרק בינוני	20605	
29405 גבס קצר, מתחת לברך עד לאצבעות (מגף)			ניקור, שאיבה ו/או הזרקה לפרק גדול	20610	
29700 הורדת גבס			שרות אחות במרפאה	99315	
29720 תיקון גבס			חיתוך גיד - א.יום כרורגי	1308313	
700005 גבס גדול בהרדמה מקומית			אחר		
700023 חבישה / החלפת תחבושת					
700026 הוצאת תפרים					
700194 תחבושת גיונס					
700969 התקנה מתלה או צווארון					
700019 תחבושת אלסטית					
700194 התאמת מיכשור					

לרופא

נא להזמין את החולה ל



שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מס' זהות: 0064867831
טל' נייד: 0507206700
טל' בבית: 0000000000
פקס:

לכבוד:
יהודה פינטו
חושילד 40 מס ציונה
מס ציונה
7404504

** חסוי רפואי **

הזמנה למרפאת אורתופדיה - בניין מרפאות חוץ מרכזי, אגף מספר 1
המרכז הרפואי שיבא - תל השומר
הנך מוזמן/ת לבדיקת טרחם ניתוח כירורגית יד (בל"א) במרפאות חוץ קומת קרקע
יום ראשון 11/09/2022 09:30

הניתוח שעליך לעבור: OSTEOTOMY

נבקשך להביא:

1. תעודה מזזה עם תמונה וכרטיס מגנטי של קופת החולים.
2. הזמנה זו.
3. התחייבות כספית - מא להצטייד מראש בהתחייבות כספית מגורם מבטח:

קוד משרד הבריאות	תיאור
L9263	בדיקת חפא כירורג של היד

אם לא תוצג ההתחייבות תתבקש/י -
לשלם עבור השרות במזומן/אשראי או לשלם באשראי פיקדון ל- 21 ימים, במידה ולא תתקבל ההתחייבות הפיקדון יפרע אוטומטית בתום התקופה (לתשומת ליבך אין המבטח הרפואי מתחייב לממן את השרות בדיעבד)
חיילים - ש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

4. מסמכים רפואיים

א. תוצאות בדיקות:

- דם
- אלקטרוליטים
- בדיקת שתן כללית + תרבית
- סוכר
- ספירת דם
- בדיקות א.ק.ג.
- אוראה
- שקיעת דם
- צילום חזה + פענוח

עליך לבצע את הבדיקות בצמוד להגעתך (עד שבועיים לפני הבדיקה).
ב. מכתב הפנייה מהרופא המנתח המציין את האבחנה וסוג הניתוח שאת/ה עומד/ת לעבור.
ג. מכתב מרופא המשפחה על מצב בריאותך (מחלות, ניתוחים בעבר)
ד. רשימת תרופות מעודכנות אותן את/ה נוטל/ת באופן קבוע.
ה. בדיקות הדמיה שברשותך (רנטגן, MRI, CT או).
ו. במידה ואת/ה סובל/ת ממחלת לב, מא להביא מכתב מקרדיולוג ותוצאות בדיקות רלוונטיות שבוצעו בעבר סגן.
ז. אקו לב, מיפוי לב, בדיקת מאמץ או צנתור.
ח. א.ק.ג. - למטופל מעל גיל 40 ולמטופלים הסובלים ממחלות לב, מחלות ריאות וסכרת.
ט. צילום חזה - למטופל מעל גיל 40 ולמטופלים הסובלים ממחלות לב או ריאות.
ט. כל תיעוד רפואי רלוונטי.

נבקשך להגיע למשרד המרפאה לרישום והכנת התיק הרפואי.

זמן שהיה משוער במרפאה בין 8 - 5 שעות.

ביום זה סבלותכם מתבקשת מאחר ואתם מוזמנים לביקור ב - 3 מרפאות:

1. מרפאת רופאים – לבדיקה כללית + ביקורות ותוצאות בדיקות מקדימות.
2. דין מחלקתי שיתנהל עם צוות רופאי המחלקה והמטופל.
3. מרפאת מרדימים - במידה ולא תהיה אפשרות להתקבל למרדים ביום זה, יקבע תור חדש למרדים בימים הקרובים.

אנו מנסים להקל על המטופלים ולשלב ביום אחד ביקורת ב - 3 מרפאות ובכך למנוע הגעה חוזרת לבית החולים.

ביום הבדיקה ייקבע לך תור לניתוח (ע"פ החלטת צוות הרופאים).

לתשומת ליבך:

1. הזמנה z, כוחה יפה למועד המצוין בהזמנה בלבד. הזמנה z מבטלת הזמנה קודמת.
2. אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע, נבקשך להתקשר מוקדם ככל הניתן לטלפון: 03-5302682. לחלופין, ניתן לשלוח פקס לטלפון מספר 03-5305790, 24 שעות ביממה.
Ykatrina.Kulikov@sheba.health.gov.il
Miri.Amiram@sheba.health.gov.il
3. אנו מבקשים להקפיד ולהגיע למרפאה בשעה שנקבעה. אנו עושים כל מאמץ לקצר את זמן שהייתך במרפאה, יחד עם זאת ייתכנו עיכובים.
4. אם הנך זקוק לתרגום לשפתך, מומלץ שיגיע איתך מלווה מתאים.
5. החניה בבית החולים בתשלום.
6. **בהגיעך למרפאה א להטמיע את הדיסק של CT/MRI ברנטגן.**

בברכת רפואה שלמה,
ד"ר יניב יונה
מנהלת המחלקה
לכירורגיה של היד

נקבע ע"י:

עטר לאה ברכה 13/07/2021

11:53



נספח 3 :

תובעת 2 - תיעוד רפואי

(עמודים 33 עד 61)



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



סודי רפואי

מעודכן ל: 15:22, 25/02/21

פקס: 08-9779919/09

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח' דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11628072

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

אריכא פינטו מוזלי			
ת.ז.: 4949395-0	מין: נקבה	ת.לידה: 01/01/1948	גיל: 73 ש
טל: 050-7934954	טל: 050-7206700	טל: 08-9408828	שם האם: ויקטוריה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: לאומית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: מנשה
כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה, 7404504			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים	גורם מפנה: מדא מרשות ציבור	מבטח: אריכא פינטו מוזלי, 4949395-0
תאריך קליטה במיון: 25/02/21	שעה: 14:53	
תאריך קליטה בבית"ח: 25/02/21	שעה: 14:53	

אבחנות נוכחיות

338.11 - ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

אבחנות כרוניות

- 234.8 - Papillary carcinoma of thyroid
- 253.0 - macroadenoma of pituitary gland - Acromegaly
- 244.8 - Other specified hypothyroidism
- 272.4 - Hyperlipidaemia, unspecified
- 278.01 - Morbid obesity
- 327.23 - Obstructive sleep apnea (adult) (pediatric)
- 250.20 - Diabetes with hyperosmolarity, type II or unspecif

רגישויות

G6PD Deficiency

תלונה עיקרית

בת 73, נוטלת אספירין.
הובאה ע"י מד"א לחדר הלם לאחר שהייתה מעורבת בת"ד, קינמטיקה קשה, הייתה חגורה.
מלינה על כאבי ראש, צוואר, כתף ויד ימין.
ללא אירוע של איבוד הכרה / הקאות.

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 2 25/02/2021 20:42 ANNAKIR

בחדר הלם-
יציבה המודינמית ונשימתית, ללא חום
בבדיקתה- בהכרה מלאה, GCS15
ראש- ללא סימני חבלה, ללא חסך ניורולוגי, מניעה 4 גפיים
ללא חבלות הנראות לעין בבית החזה ובטן
בטן רכה, ללא רגישות
FAST שלילי

דיון וסיכום הקבלה

סיטי ראש וצוואר-ללא ממצא חריג
יעוץ אורטופד- ראה מצורף

לסיכום-ללא בעיה כירורגית חריפה.

משתחררת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות-

מצב המטופל בשחרור ממיוןתזנית טיפול והמלצות להמשך

1. המשך מעקב רופא מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע.
2. משככי כאבים לפי הצורך.
3. שתייה מרובה.
4. המלצות לפי יעוץ אורטופד.
5. בכל מקרה של החמרה- כאבים עזים, הקאות מרובות וכו- לפנות לבדיקת רופא

תזנת מחלה: 7 ימים

שחרר בליווי

חתימה

מספר רשיון: 122567

22:12 25/02/21

רופא מאשר: דר. דניאל
חתימה:

122567
דניאל
25/02/21
22:12



סודי רפואי

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

תשובה זמנית

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת מיון

טלפון: 08-9779912

פקס: 08-9779038

ת.ז.: 4949395-0

שם: אריכא פינטו מוזלי

טלפון: 050-7934954

כתובת: רוטשילד 40 נס ציונה 7404504

מקרה: 11628072

מין: נ

גיל: 73 ש

גורם מפנה: לאומית

יחידה ארגונית מזמינה: מיון כירורגי

גרסה זו הינה גרסה ראשונית שנכתבה ע"י רופא מתמחה. למסמך זו גרסה נוספת
במהלך 24 השעות הבאות.

חובה לברר תשובה סופית, ייתכנו שינויים !!!



בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
25/02/2021	18:21	CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד
25/02/2021	18:21	CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

בת 73, חבלת ראש צוואר

שם רנטגנאי

זיצר אילנה

תיאור הבדיקה והממצאים

להלן ממצאי בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגוד

סיבת הבדיקה: בת 73, חבלת ראש וצוואר.

25/02/2021

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 2

אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

ללא עדות לדימום, בצקת, אפקט מסה או סטיית קו האמצע.
 החדרים, הציסטרנות והחריצים ברוחב תקין.
 צפיפות החומר הלבן האפור והלבן תקינה.
 מבנה הגומה האחורית תקין.
 המעבר הקרניוצרויקלי בגדר הנורמה.
 EMPTY SELLA.
 המבנה הגרמי תקין.

לסיכום:

- ללא דימום תוך גולגולתי או ממצא מוחי חד אחר, בהסתייגות שלא הוזרק חומר ניגוד.

CT עמוד שדרה צווארי ללא הזרקת חומר ניגוד

אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

המבנה הגרמי והמפרקי של החוליות - ללא ממצא חבלתי.

המנח החוליית שמור. 
 שינויים ניווניים גרמיים ודיסקוגניים במספר גבהים בעמוד שדרה צווארי בולטים
 במיוחד בגובה C6-C7 עם בקע דיסק מרכזי גורם ללחץ קל על השק התקאלי.
 אין עדות להיצרות פורמינאלית, ללא לחץ על השורשים העצביים.
 הרקמות הרכות הפרא- ורטברליות שמורות.

בשולי הסריקה:

- הסתיידויות באאורטה ובסעיפיה.
 - ריבוי קשריות לימפה דו"צ, יותר משמאל, עד רוחב של 0.7 ס"מ אורך צוואר.

לסיכום:

- ריבוי קשריות לימפה צוואריות, לקורלציה קלינית והמשך בירור בהתאם.
 - יתר הממצאים כמפורט.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. ברקוביץ ארז	121884		25/02/2021	20:12

תאריך הקלדה: 25/02/2021

משתתפת עם המלצות:

המלצות יועץ/ת לשחרור

- מנוחה יומיים
- שיכוד כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חתימה

שם היועץ: דר. מוריה, אסף רישיון: 150573 תאריך: 25/02/21 שעה: 21:55



ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר: 22365

מרפאה: סניף רחובות

כתובת: ביל"ו 2 רחובות

טלפון: 08-9377800

אישור מחלה
(לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
אריכא מזל	1-04949395/0
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 25/02/21 עד תאריך 8/03/21, סה"כ 12 ימים.	
הערות:	
תאריך	הופק ע"י ד"ר ספיר לריסה מ"ר: 22365
8/03/21	

** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 8/03/21



12:09:17

תאריך הדפסה : 10/03/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריטה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 וחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

אולטראסאונד/בדיקות על קוליות מס. 49000183 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
אריכא מזל	1-04949395/0
ח.לידה : 27/12/48	מגדר : נ
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045	גיל : 72Y 2M
טלפון : 08-9408828	050-7934954
מחליץ פייזוטריפיה לע"ש צוארי וד"ר מותני עקב כאבים בקרסול ימין מופנה לUS תאריך : 10/03/21 הופק במקור ע"י ד"ר שואב לב מ"ר : 23585 חוקר ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. הופק ע"י נציג/ח קשרי לקוחות (לכל) ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקציית SMART (מותנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	



*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 - פים

www.leumit.co.il *507-507-1 או חייג מהנייד *507



התחייבות: 107462958

ת.ז לקוח: 049493950



לכבוד

שם ספק : ביח אסף הרופא

כתובת : צריפין צריפין

טלפון : 08-9779610

טלפון נוסף :

תאריך הפקדה: 16/03/2021

מקור

התחייבות למיון מספר : 107462958

נבקשכם לקבל את הלקוח לביקור במיון בתאריך 25/02/2021	
פרטי הלקוח	
שם	תעודת זהות
אריכא מזל	049493950
שנת לידה : 1948	טלפון : 08-9408828
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 7404504	טלפון נוסף: 050-7934954
פרטי ביקור במיון	
סיבת הפניה: תאונת עבודה	
פרטי גורם מפנה	
שם רופא	מספר רשיון
מאשר.....: לאומית שרותי בריאות	
התחייבות בתוקף בבית חולים הרשום לעיל ולביקור אחד בלבד	
מרכז רפואי: רחובות	תאריך הדפסה: 16/03/2021
מפיק.....: גילה גוטמן	
חתימה וחותמת	
תודה שבחרת לאומית	





התחייבות: 107470165

ת.ז. לקוח: 049493950



לכבוד

שם ספק : מאר רחובות- אולטרסאונד

כתובת : בילו 2 ס.קופה רחובות

טלפון : 170-0708090

טלפון נוסף :

תאריך הפקה: 16/03/2021

תוקף התחייבות זו עד תאריך 30/04/2021

מקור

מספר 107470165

התחייבות למכון

נבקשם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 16/03/2021

שם לקוח..... אריכא מזל		ת.ז. לקוח... 049493950	
שנת לידה : 1948		טלפון : 08-9408828	
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 7404504		טלפון נוסף : 050-7934954	
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק
1	31805	אולטרסאונד אורתופדי	5702
		US	1
כמות			
רופא מפנה... שואב לב			
רישיון..... 23585		תאריך הדפסה: 16/03/2021	
מרכז רפואי: רחובות		מפיק..... גילה גוטמן	
חתימה וחומת			
תודה שבחרת לאומית			



מכון CT

הנדון: אריכא פינטו, מזל, ת.ז: 049493950 תאריך לידה: 27/12/1948

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 17/03/2021

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התנויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הודגמו שינויים אוסטאופורוטיים לאורך ע"ש המותני.
הגובה של גופי החוליות שמור.
הודגמה היצרות של המרווחים הבינחולייתיים עם שינויים נווניים וזאקוס פנומן בגובה L4-S1.
זדים נווניים קדמיים וצדדיים בינוניים ואחוריים בינוניים לאורך ע"ש המותני.
הודגמה היצרות של הנקבים הניוראליים לאורך ע"ש המותני.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטליים לאורך ע"ש המותני.
שינויים נווניים ב-SIJ.
בקע דיסקלי מרכזי ניכר עם סטנזיס ספינאלית ניכרת בגובה L2-L3.
בקע דיסקלי מרכזי בינוני עם התעלה הספינאלית וקוטר קדמי אחורי כ-8 מ"מ בגובה L3-L4.
בקע דיסקלי מרכזי משמעותי עם סטנזיס ספינאלית וקוטר קדמי אחורי כ-9 מ"מ בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי ניכר בגובה L5-S1 עם קוטר קדמי אחורי של התעלה הספינאלית כ-8 מ"מ.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311
מ ר מ 16344

הוקלד על ידי: טום אופנהימר גבאי
מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק מכיל את כל הבדיקה.



נבדק נכבד,
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.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מקור

תאריך הדפסה: 31/03/21

מספר 1-04949395-0
תעודת זהות

קופת חולים לאומית

סניף: מרכז רפואי מירב
שד' העצמאות 67 בת ים
טלפון: 03-5008833

תעודת רפואית נוספת לפגישה בעבודה

אריכא	מזל	מנשה
המשפחה	השם	שם האב
שם המעביד	שורשים בכפר בע"מ	
כתובת המעביד	סנונית 79 נס ציונה	

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:
אבחנה:

CERVICALGIA [PAIN IN NECK] TS

ואינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה,
לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 25/02/2021 בשעה 14:10
גורם הפגיעה: תאונת דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה ימשך עוד, לפחות 30 ימים היינו
מיום 1/04/2021 עד יום 30/04/2021 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר שואב לב, מ.ר. 23585, כירורגיה אורתופ

חותמת המוסד הרפואי

חתימת הרופא המטפל

מקום ותאריך הבדיקה

ד"ר שואב לב, כירורגיה אורתופ
שם הרופא המטפל (בכתב ברור לא חותמת)

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
(CHHDTRTA)

9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופד

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
אריכא מזל	1-04949395/0
ת.לידה : 27/12/48 כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045 טלפון : 08-9408828 050-7934954	מגדר : נ גיל : 72Y 3M
סוג אירוע..... : תאונת עבודה ===== ! הבדיקה הדרושה: 90721 מומחה כאב ! ===== אבחנה משוערת: ===== 724.50 תלונות: ===== בת 72 ח"ע+ח"ד 25.02.2021 נבדקה ב מיון כאבים והגבלה בתנועות בע"ש צוארי ומותני מוטוריקה ותחושה גסה בגפיים שמורה חולה ק בלה הסבר על מצבה ממליץ צילום ע"ש צוארי ומותני מוסקול 10.03.2021 בצילום ע"ש צוארי - ללא שברים בצילום ע"ש מותני חשד עם שבר D12-L1	
LOW BACK PAIN - LBP	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 5 דפים

9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595 - המשך

פרטי המטופל																			
שם מלא	תעודת זהות																		
אריכא מזל	1-04949395/0																		
ת.לידה : 27/12/48 כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045 טלפון : 08-9408828 050-7934954	מגדר: נ גיל: 72Y 3M																		
חולה קבלה הסבר על מצבה עברה מפוי עצמות לפני 3 חודשים ממליץ פייזוטריפיה לע"ש צוארי ו CT ע"ש מותני עקב כאבים בקרסול ימין מופנה ל US 31.03.2021 מעקב עם CT מופנה לצילום אגן 04.04.2021 ב CT ע"ש מותני שינויים ניווניים ודיסקאליים - פיענוח מלא בידים של חולה מופנה למרפאה כאב אבחנות כרוניות: ===== <table> <tr> <td>RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER</td> <td>F33</td> </tr> <tr> <td>COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY</td> <td>V12.72</td> </tr> <tr> <td>PSEUDOAPHAKIA</td> <td>V43.10</td> </tr> <tr> <td>LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS</td> <td>V58.69</td> </tr> <tr> <td>TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSPPHENOIDAL APPROACH</td> <td>07.65</td> </tr> <tr> <td>MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED</td> <td>153.9</td> </tr> <tr> <td>MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY</td> <td>193.3</td> </tr> <tr> <td>< S/P ></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR</td> <td>241.0</td> </tr> </table>		RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER	F33	COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY	V12.72	PSEUDOAPHAKIA	V43.10	LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	V58.69	TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSPPHENOIDAL APPROACH	07.65	MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED	153.9	MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY	193.3	< S/P >		GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR	241.0
RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER	F33																		
COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY	V12.72																		
PSEUDOAPHAKIA	V43.10																		
LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	V58.69																		
TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSPPHENOIDAL APPROACH	07.65																		
MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED	153.9																		
MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY	193.3																		
< S/P >																			
GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR	241.0																		

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 5 דפים

9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
אריכא מזל	1-04949395/0
ת.לידה : 27/12/48	מגדר : נ
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045	גיל : 72Y 3M
טלפון : 08-9408828	050-7934954
244.90 HYPOTHYROIDISM PRIMARY OR NOS 250.00 DIABETES MELLITUS WITHOUT COMPLICATION TYPE 2 OR UNSPECIFIED TYPE NOT STATED AS UNCONTROLLED 253.0 ACROMEGALY AND GIGANTISM 253.121 MACROADENOMA OF HYPOPHYSE 272.0 < S/P > 272.2 HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE 278.01 HYPERLIPIDEMIA, MIXED 280.0 MORBID OBESITY 289.90 IRON DEFICIENCY ANEMIA SECONDARY TO BLOOD LOSS (CHRONIC) 300.00 THROMBOCYTOSIS, ESSENTIAL 362.11 ANXIETY STATE, UNSPECIFIED 362.54 HYPERTENSIVE RETINOPATHY 366.12 < BILATERAL > 401.1 MACULAR CYST, HOLE, OR PSEUDOHOLE OF RETINA 454.82 < SEVERE LEFT > 470 CATARACT, INCIPIENT, SENILE 571.8 < LEFT > BENIGN ESSENTIAL HYPERTENSION VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH SWELLING < BILATERAL > DEVIATED NASAL SEPTUM FATTY LIVER-NAFLD-OTHER CHRONIC NONALCOHOLIC LIVER DISEASE	

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 3 מתוך 5 דפים

1-700-507-507 או חייג מהנייד *507 www.leumit.co.il

9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
אריכא מזל	1-04949395/0
ת.לידה : 27/12/48 כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045 טלפון : 08-9408828 050-7934954	גיל : 72Y 3M מגדר : נ
591 HYDRONEPHROSIS < LEFT > 592.0 NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY < SUSP. BILATERAL > 593.32 STRICTURE OF PELVIURETERIC JUNCTION(UPJ) < BILATERAL > 691.820 ATOPIC ECZEMA < SEVERE > 692 CONTACT DERMATITIS AND OTHER ECZEMA < SEVERE > 696.1 PSORIASIS, OTHER 715.04 OSTEOARTHRITIS[-ITIS], GENERALIZED, INVOLVING HAND < BILATERAL > 715.26 OSTEOARTHRITIS[-ITIS], LOCALIZED, SECONDARY, INVOLVING LOWER LEG(KNEE) < BILATERAL > 715.36 OSTEOARTHRITIS[-ITIS], LOCALIZED, NOT SPECIFIED WHETHER PRIMARY OR SECONDARY, INVOLVING LOWER LEG(KNEE) < RIGHT > 715.8 OSTEOARTHRITIS[-ITIS] INVOLVING OR WITH MENTION OF MORE THAN ONE SITE, BUT NOT SPECIFIED AS GENERALIZED	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 4 מתוך 5 דפים

9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

רופא מפנה

ד"ר ספיר לריסה

ד"ר שואב לב

רפואת משפחה

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. : 22365

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

שד' העצמאות 67 בח'ים

טלפון במרפאה : 08-9377800

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595 - המשך

פרטי המטופל																																									
שם מלא	תעודת זהות																																								
אריכא מזל	1-04949395/0																																								
ת.לידה : 27/12/48 כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045 טלפון : 08-9408828 050-7934954	מגדר : נ גיל : 72Y 3M																																								
< MILD R/O BILATERAL > SPONDYLOSIS, LUMBOSACRAL, WITHOUT MYELOPATHY 721.3 SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION 724.02 LOW BACK PAIN - LBP 724.50 ROTATOR CUFF SYNDROME OF SHOULDER AND ALLIED DISORDERS 726.1 < RIGHT > OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA 780.570 < MODERATE > תרופות קבועות : ===== <table border="0"> <tr> <td>ELTROXIN 100MCG 100T NEW</td> <td>2</td> <td>טבליות דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td>14586</td> </tr> <tr> <td>VERAPRESS 240 SR 30 TAB</td> <td>1.50</td> <td>טבליות דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td>9121</td> </tr> <tr> <td>EZETROL 10 MG 30 TAB</td> <td>1</td> <td>טבליה דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td>58364</td> </tr> <tr> <td>VECTOR 80 MG 28 TAB</td> <td>1</td> <td>טבליה דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 28 ימים)</td> <td>27827</td> </tr> <tr> <td>IKAPRESS 240 MG 30 TAB</td> <td>1.50</td> <td>טבליות דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td>20985</td> </tr> <tr> <td>GLUCOMIN 850 MG 30 CAP</td> <td>1</td> <td>קפסולה דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td>34013</td> </tr> <tr> <td>CARTIA 100 MG 28 TAB</td> <td>1</td> <td>טבליה דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 28 ימים)</td> <td>20802</td> </tr> <tr> <td>CIPRALEX 15 MG 28 TAB</td> <td>1</td> <td>טבליה דרך הפה,</td> <td>פעם ביום (במשך 28 ימים)</td> <td>25297</td> </tr> </table>		ELTROXIN 100MCG 100T NEW	2	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	14586	VERAPRESS 240 SR 30 TAB	1.50	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	9121	EZETROL 10 MG 30 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	58364	VECTOR 80 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	27827	IKAPRESS 240 MG 30 TAB	1.50	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	20985	GLUCOMIN 850 MG 30 CAP	1	קפסולה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	34013	CARTIA 100 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	20802	CIPRALEX 15 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	25297
ELTROXIN 100MCG 100T NEW	2	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	14586																																					
VERAPRESS 240 SR 30 TAB	1.50	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	9121																																					
EZETROL 10 MG 30 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	58364																																					
VECTOR 80 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	27827																																					
IKAPRESS 240 MG 30 TAB	1.50	טבליות דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	20985																																					
GLUCOMIN 850 MG 30 CAP	1	קפסולה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 30 ימים)	34013																																					
CARTIA 100 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	20802																																					
CIPRALEX 15 MG 28 TAB	1	טבליה דרך הפה,	פעם ביום (במשך 28 ימים)	25297																																					
השאלה ליועץ : ===== המשך טיפולים																																									
תאריך : 4/04/21 הופק במקור ע"י ד"ר שואב לב מ"ר : 23585 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. הופק ע"י נציג/ת קשרי לקוחות (ל.כל.) אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.																																									

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

5 דף 5 מתוך 5 דפים



9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי
ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופד

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
אריאל מזל	1-04949395/0
ת.לידה : 27/12/48	מגדר : נ
כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045	גיל : 72Y 3M
טלפון : 08-9408828	050-7934954
סוג אירוע.....: תאונת עבודה ===== ! הבדיקה חדרשה: 90721 חומחה כאב ! ===== אבחנה משוערת: ===== 724.50 תלונות: ===== כת 72 ת"ע+ת"ר 25.02.2021 נבדקה ב מיון כאבים והגבלה בתנועות בע"ש צווארי ומותני מוטוריקה ותחושה גסה בגפיים שמורה חולה ק בלה הסבר על מצבה ממליץ צילום ע"ש צווארי ומותני מוסקול 10.03.2021 בצילום ע"ש צווארי - ללא שברים בצילום ע"ש מותני חשד עם שבר D12-L1	
LOW BACK PAIN - LBP	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 5 דפים

1-700-507-507 או חייג מרחייד *507 www.leumit.co.il



9:44:22

תאריך הדפסה : 4/04/21

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר ספיר לריסה

רפואת משפחה

מ.ר. : 22365

כתובת המרפאה :

ביל"ו 2 רחובות

טלפון במרפאה : 08-9377800

רופא מפנה

ד"ר שואב לב

כירורגיה אורתופד

מ.ר. : 23585

כתובת המרפאה :

סד' העצמאות 67 בת ים

טלפון במרפאה : 03-5008833

יעוץ רפואי מס. 49217595 - המשך

פרטי המטופל																			
שם מלא	תעודת זהות																		
אריכא מזל	1-04949395/0																		
ת.לידה : 27/12/48	גיל : 72Y 3M																		
מגדר : נ																			
כחובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045																			
טלפון : 08-9408828	050-7934954																		
חולה קבלה הסבר על מצבה עברה מפוי עצמות לפני 3 חודשים מחליץ פייזוטריפיה לע"ש צוארי וCT ע"ש מוחני עקב כאבים בקרסול ימין מופנה לUS 31.03.2021 מעקב עם CT מופנה לצילום אגן 04.04.2021 בCT ע"ש מוחני שינויים ניווניים ודיסקאליים - פיענוח מלא בידיים של חולה מופנה למרפאה כאב אבחנות כרוניות: ===== <table> <tbody> <tr> <td>RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER</td> <td>F33</td> </tr> <tr> <td>COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY</td> <td>V12.72</td> </tr> <tr> <td>PSEUDOAPHAKIA</td> <td>V43.10</td> </tr> <tr> <td>LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS</td> <td>V58.69</td> </tr> <tr> <td>TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSSPHENOIDAL APPROACH</td> <td>07.65</td> </tr> <tr> <td>MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED</td> <td>153.9</td> </tr> <tr> <td>MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY</td> <td>193.3</td> </tr> <tr> <td>< S/P ></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR</td> <td>241.0</td> </tr> </tbody> </table>		RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER	F33	COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY	V12.72	PSEUDOAPHAKIA	V43.10	LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	V58.69	TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSSPHENOIDAL APPROACH	07.65	MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED	153.9	MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY	193.3	< S/P >		GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR	241.0
RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER	F33																		
COLON POLYPS, PERSONAL HISTORY	V12.72																		
PSEUDOAPHAKIA	V43.10																		
LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	V58.69																		
TOTAL EXCISION OF PITUITARY GLAND, TRANSSPHENOIDAL APPROACH	07.65																		
MALIGNANT NEOPLASM OF COLON, UNSPECIFIED	153.9																		
MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND, PAPILLARY	193.3																		
< S/P >																			
GOITER, NONTOKIC, UNINODULAR	241.0																		

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 5 דפים

www.leumit.co.il *507 או חייג מהנייד 1-700-507-507

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



18.05.21



לכבוד

אריכא פינטו מוזלי

רוטשילד 40

נס ציונה, 7404504

א.ג.נ,

הנדון: זימון למרפאה כאב

מר/גב' אריכא פינטו מוזלי 4949395-0 מוזמן/ת ביום רביעי 07/07/2021 לשעה 09:00 למרפאה כאב לכאב בבנין 106-מרפאות חוץ (שילוט כחול) קומת קרקע.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	מחיר ליחידה	כמות
	99242	בדיקת רופא מומחה	296 ש"ח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית בעלת תאריך תקף • התחייבות מהקופה המבטחת לנפגעי תאונות דרכים
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 08-9779610 מס' פקס מרפאה: 08-9779611 דוא"ל מרפאה: shamir.gov.il@089779611	מס' טלפון מתופל: 050-7934954
-----------------	--	------------------------------

הערות	077-4261338 בדיקת רופא במרפאות ובמכונים ללא צורך בהתחייבות בעלות של 120 ש"ח לתשומת לבך בתחומי בית החולים יש לעטות מסיכה. הקבלה מותנית כהצגת תעודה מזהה בלבד (תעודת זהות /רישיון נהיגה/ דרכון). כל מטופל מתחת לגיל 18 יתקבל בליווי אפוטרופוס בלבד או עם הצגת ת.ז של ההורה. התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם החליטה הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות. במידה ויתבצעו בדיקות ו/או טיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות שהצגת תחויב בתשלום /בהמצאת התחייבות נוספת מהמבטח עבור שירותים אלה. במידה והנך מתקשה בהליכה, טובל, מסחרזורות, חולשה, ליקוי ראייה או אי יציבות, או הנך משתמש בצידוד עזר, אנו ממליצים שתגיע עם מלווה. בכניסתך לבית החולים תוכל לפנות לאיש צוות לקבלת כיסא גלגלים.
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

מחנך 1

טמנד 1

תאריך: 18.05.21

HANABI : תודפס ט"י



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

טלפון: 08-9776951

מטודכן ל: 07/07/21

מחלקת: מרפ. כאב

פקס: 08-9779653

מנהל מח': דר. זוהר פאיטוב שעה: 09:32

סיכום ביקור - 33617620

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
מספר המידע: 33617620

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

אריכא פינטו מוזלי

ת.ז: 0-4949395 מ.י: נקבה ת.לידה: 01/01/48 גיל: 73 ש
טל.1: 050-7934954 טל.2: 050-7206700 שם האב: מנשה שם האם: ויקטוריה
מצב משפחתי: נ + 3 קופ"ה: לאומית
כתובת: רוטשילד 40, נס ציונה, 7404504

נתוני ביקור

שעה: 08:56

קבלה למחלקה: 07/07/21



אבחנות כרוניות

- 327.23 - OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (ADULT) (PEDIATRIC)
- 272.4 - HYPERLIPIDAEMIA, UNSPECIFIED
- 278.01 - MORBID OBESITY
- 244.8 - OTHER SPECIFIED HYPOTHYROIDISM
- 253.0 - MACROADENOMA OF PITUITARY GLAND - ACROMEGALY
- 234.8 - PAPILLARY CARCINOMA OF THYROID
- 250.20 - DIABETES WITH HYPEROSMOLARITY, TYPE II OR UNSPECIFIED TYPE, NOT STATED AS UNCONTROLLED

רגישויות

G6PD Deficiency

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

בת 73 סובלת
מיכאבי גב תחתון
אם הקרנות לקרטול ימין
מצב אחרי תאונת דרכים
במסגרת תחתון
בלטי דיסק L2L3 L3L4 L4L5 L5S1
אין שיפור אחרי טיפולים קודמים
מוזמנת לזריקה
EPIDURAL BLOCK
197 תור

המלצות

לשקול טיפול ניתוחי
להבי ספירת דם תיפקודי קרישה
רפואה משלימה

חתימה

רופא: דר. דטסקי, רומן

09:32 07/07/21



מספר רשמי 26352

מרכז רפואי אסף הרופא
רומן דטסקי
רשמי
מספר 26352 מ.ר.מ.

חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז"	כל זכות זכות לדעת, זכות לגבול www.koizchut.org.il	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכאויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
--	--	---	---	--



המרכז
הרפואי
שמיר



12.07.21

לכבוד



אריכא פינטו מוזלי

רוטשילד 40

נס ציונה, 7404504

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה כאב

מר/גב' אריכא פינטו מוזלי 4949395-0 מוזמן/ת ביום חמישי 23/12/2021 לשעה 08:00 למרפאה כאב בחדר ניתוח אמבולטורי בבנין מס' 125, חדרי ניתוח קומה א'.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	מחיר ליחידה	כמות
	01996	שיכון כאב כרוני, אפידורל	579 ש"ח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית בעלת תאריך תקף • התחייבות מהקופה המבטחת לנפגעי תאונות דרכים
----------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.



פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 08-9779650/1 מס' 29 קס מרפאה: 08-9779653 דוא"ל מרפאה: Moked-Nituhim@shamir.gov.il
--------------	---

הערות	נא להגיע עם מלווה מספר טלפון לשליחת הפניות בוואטסאפ בלבד - 050-5191051. יש להתייעץ עם הרופא המטפל/ מרפאת כאב בשאלת הפסקת מדללי דם. חובה להגיע עם תוצאות בדיקות דם לתפקודי קרישה וספירת דם. חובה להגיע עם מלווה א י צ ו ר ד ב צ ו מ . הפעולה מתבצעת בחדר ניתוח ותיתכן המתנה של מספר שעות-נא להתאזר בסבלנות לתשומת לבך בתחומי בית החולים יש לעשות מסיכה. הקבלה מותנית בהצגת תעודה מזהה בלבד (ת"ז/רישיון נהיגה/דרכון). כל מטופל מתחם לגיל 18 יתקבל בליווי אפוטרופוס בלבד או עם הצגת ת.ז של ההורה. התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם החליטה הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות. במידה ויתבצעו בדיקות ו/או טיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות שהצגת תחויב בתשלום / בהמצאת התחייבות נוספת מהמבטח עבור שירותים אלה. במידה והנך מתקשה בהליכה, טובל מטהוויזיה, תולשת, ליקוי ואיה או אי יציבות, או הנך משתמש בציוד עזר, אנו ממליצים שתגיע עם מלווה בכניסתך לבית החולים חוכל לפנות לאיש צוות לקבלת כיסא גלגלים
-------	---

תאריך הדפסה : 27/12/21
שעת הדפסה : 11:59:16
דף : 1



ד"ר גלזמן לב
רפואה תעסוקתית
מ.ר. : 83257
כתובת : רוטשילד 7 ראשון לציון
טלפון : 03-9597800

הדפסת ביקור למטופל

שם : אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
גיל בעת הביקור : 73Y OM	ת.לידה : 27/12/1948

תאריך ביקור: 27/12/21 שעת ביקור: 11:55
רופא/מטפל: 83257 גלזמן לב
סיבת ביקור: 1 מחלה
אבחנות:

V70.514 FITNESS FOR WORK EXAMINATION BY OCCUPATIONAL PHYSICIAN

תלונות:

בן 73, נ+3, ילידת עיראק, עליה לישראל ב-1951. מתגוררת בנס ציונה
עובדת מ-2019, בתור שכירה בעלת שליטה, גננת ובעלת הגן, בגן בשם "שורשים בכפר בע"מ"
בחבר יש 7 עובדים. היא, ביתה, עוד 5 מטפלות בילדים
בגן יש 28 ילדים, בגילאי 0-3.
לפני כן, היתה עוסקת מורשת
ת"ע+ת"ד 25.02.2021
נבדקה ב מיון
כאבים והגבלה בתנועות בע"ש צוארי ומותני
מוטוריקה ותחושה גסה בגפיים שמורה
חולה ק בלה הסבר על מצבה
ממליץ צילום ע"ש צוארי ומותני
מוסקול

10.03.2021 בצילום ע"ש צוארי - ללא שברים
בצילום ע"ש מותני חשד עם שבר D12-L1
חולה קבלה הסבר על מצבה
עברה מפוי עצמות לפני 3 חודשים
ממליץ פיזיותרפיה לע"ש צוארי וCT ע"ש מותני
עקב כאבים בקרסול ימין מופנה לUS

31.03.2021 מעקב עם CT
מופנה לצילום אגן

04.04.2021 בCT ע"ש מותני שינויים ניווניים ודיסקאליים - פיענוח מלא בידיים של חולה
מופנה למרפאה כאב
ניבדקה במיון ב-01.12.21 ביגלל כאבי גב תחתון. כאבים הקרינו לבטן. בוצע CT בטן - דיסקופטיה
קומפלקס גדול L5-S1.
מומלץ משככי כאבים, חימום מקומי, מוזמנת למרפאה ע"ש
כיום הגן פעיל. מתקשה בעבודתה.

ד"ר גלזמן
רפואה תעסוקתית
מ.ר. : 83257
2847
לאופיה יעקובי

*** המסמך מכיל מידע מזגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 27/12/21
שעת הדפסה : 11:59:16
דף : 2



ד"ר גלוזמן לב
רפואה תעסוקתית
מ.ר. : 83257
כתובת : רוטשילד 7 ראשון לציון
טלפון : 03-9597800

הדפסת ביקור למטופל - המשך

שם : אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
גיל בעת הביקור : 73Y OM	ת.לידה : 27/12/1948

לסיכום-
לאור מצבה הבריאותי הנוכחי, ממליץ:
ללא הרמת משאות כבדים, ללא כיפופים מרובים, ללא עמידה והליכה ממושכת, ללא עבודה בתנאי לחץ ומתח מרובים
ממליץ להעסיקה בהתאם למגבלות שצוינו
במידה ואין עבודה בהתאם למגבלות שצוינו- ממליץ על אובדן כושר עבודה/חופש מחלה
תוקף ההמלצה עד ה-27.3.2022. ביקורת בתום התקופה.

מסמכים.....

מכתב לכל המעוניין (מכתב מס. 649837)

סיכום דיון והמלצות:

לאור מצבה הבריאותי הנוכחי, ממליץ:
ללא הרמת משאות כבדים, ללא כיפופים מרובים, ללא עמידה והליכה ממושכת, ללא עבודה בתנאי לחץ ומתח מרובים
ממליץ להעסיקה בהתאם למגבלות שצוינו
במידה ואין עבודה בהתאם למגבלות שצוינו- ממליץ על אובדן כושר עבודה/חופש מחלה
תוקף ההמלצה עד ה-27.3.2022. ביקורת בתום התקופה.



ד"ר גלוזמן לב
רפואה תעסוקתית
מ.ר. 83257
לאומית שירותי רפואה
2847

הופק ע"י ד"ר גלוזמן לב מ"ח: 83257

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראייה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

27/12/2021
תאריך



ד"ר גלוצמן לב
רפואה תעסוקתית
מ.ר. : 83257
מרפאה : סניף ראשון לציון
כתובת : רוטשילד 7 ראשון לציון
טלפון : 03-9597800
לכבוד : "שורשים בכפר בע"מ"

שלום רב,

כושר עבודה

שם... אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
מגדר : נ גיל : 73Y OM	ת.לידה : 27/12/1948
	כתובת : רוטשילד 40 נס ציונה 74045
	טלפון : 050-7934954 08-9408828

לאור מצבה הבריאותי הנוכחי, ממליץ:
ללא הרמת משאות כבדים, ללא כיפופים מרובים, ללא עמידה והליכה
ממושכת, ללא עבודה בתנאי לחץ ומתח מרובים
ממליץ להעסיקה בהתאם למגבלות שצוינו
במידה ואין עבודה בהתאם למגבלות שצוינו - ממליץ על אובדן
כושר עבודה/חופש מחלה
תוקף ההמלצה עד ה-27.3.2022. ביקורת בתום התקופה.



ד"ר לב גלוצמן
רופא תעסוקתית
מ.ר. 83257 מס' רישיון מומחה 2847
לאומית שירותי מדיניות

הופק ע"י ד"ר גלוצמן לב מ"ר : 83257

מכותבים : "שורשים בכפר בע"מ"

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 7/12/21

תאריך הדפסה : 30/03/22
שעת הדפסה : 11:41:49
דף : 1



ד"ר במיון מרק
פסיכיאטריה
מ.ר. : 34495
כתובת : ביל"ו 2 רחובות
טלפון : 08-9377800

הדפסת ביקור למטופל

שם : אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
גיל בעת הביקור : 73Y 3M	ת.לידה : 27/12/1948

תאריך ביקור: 30/03/22 שעת ביקור: 11:19
רופא/מטפל: 34495 סמיזנוב מרק
סיבת ביקור: 1 מחלה
אבחנות:

F41.8 OTHER SPECIFIED ANXIETY DISORDERS SUCH AS MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER
F32 DEPRESSIVE EPISODE
< CHRONIC >

תלונות:

בת 73, נ+3, מתגוררת עם בעלה בנס ציונה.
לרכייה לאחר תאונת דרכים קשה ב- 2020 טבולת מחצב רוח ירוד, חרדה ונדודי שינה. מטופלת בציפרלקס
בהשפעה חלקית בלבד.

תרופות:

BRINTELLIX 5 MG 28 TAB -85109
1 עבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים), 30 יח'

סיכום דיון והמלצות:

נראית כפי גילה. שקטה פסיכומטורית ומסודרת בהופעתה החיצונית. מודע צלול. התמצאות תקינה. אפקט
חרדתי עם גוון דיכאון, תואם. חשיבה מאורגנת, ללא הפרעות במהלך ולא מחשבות טווא בתוכן. מכחישה
מחשבות אובדניות ואין עדות למסוכנות. שיפוט ותובנה שמורים.

המלצות:

להתחיל מעקב פסיכיאטרי

T. BRINTELLIX 5 MG/D

מעקב רופא משפחה

*** המסמך מכיל מידע מוגן ספ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 30/03/22
שעת הדפסה : 11:41:49
דף : 2



ד"ר סמיונוב מרק
פסיכיאטריה
מ.ר. : 34495
כתובת : ביל"ו 2 רחובות
טלפון : 08-9377800

הדפסת ביקור למטופל - המשך

שם : אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
גיל בעת הביקור : 73Y 3M	ת.לידה : 27/12/1948

ד"ר סמיונוב מרק
פסיכיאטריה
מ.ר. 34495
40009



הופק ע"י ד"ר סמיונוב מרק מ"ר: 34495

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, משמשים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממנה את מלוא המידע הרפואי הנוצרי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מזין שיפוטי ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 30/03/22
שעת הדפסה : 11:41:49
דף : 1



ד"ר פמיונוב מרק
פסיכיאטריה
מ.ר. : 34495
כתובת : ביל"ו 2 רחובות
טלפון : 08-9377800

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-04949395/0	שם :	אריכא מזל
ת.לידה :	27/12/1948	גיל בעת הביקור :	73 3M

תאריך ביקור: 30/03/22 שעת ביקור: 11:19
רופא/מטפל: 34495 סמיונוב מרק
סיבת ביקור: 1 מחלה
תיק רפואי: חמר

אבחנות:

F41.8 OTHER SPECIFIED ANXIETY DISORDERS SUCH AS MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER
F32 DEPRESSIVE EPISODE
< CHRONIC >

תלונות:

בת 73, נ+3, מתגוררת עם בעלה בנס ציונה.
לדבריה לאחר תאונת דרכים קשה ב- 2020 סבולת ממצב רוח ירוד, חרדה ונדודי שינה. מטופלת בציפרלקס
בהשפעה חלקית בלבד.

תרופות:

BRINTELLIX 5 MG 28 TAB -85109
1 טבלית דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים), 30 יח'

סיכום דיון והמלצות:

נראית כפי גילה. שקטה פסיכומטורית ומסודרת בהופעתה החיצונית. מודע צלול. התמצאות תקינה. אפקט
חרדה עם גיוון דיכאון, תואם. חשיבה מאורגנת, דללא הפרעות במהלך וללא מחשבות שווא בתוכן. מכחישה
מחשבות אובדניות ואין עדות למסוכנות. שיפוט ותובנה שמורים.

המלצות:
להתחיל מעקב פסיכיאטרי

T. BRINTELLIX 5 MG/D

מעקב רופא משפחה

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 30/03/22
שעת הדפסה : 11:41:49
דף : 2



ד"ר סמיונוב מרק
פסיכיאטריה

מ.ר. : 34495
כתובת : ביל"ו 2 רחובות
טלפון : 08-9377800

הדפסת ביקור למטופל - המשך

שם : אריכא מזל	ת.ז. : 1-04949395/0
גיל בעת הביקור : 73Y 3M	ת.לידה : 27/12/1948

ד"ר סמיונוב מרק
פסיכיאטריה
מ.ר. 34495
40093



הופק ע"י ד"ר סמיונוב מרק מ"ר: 34495

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, משלים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות.
ואינו מחצה את מלוא המידע הרפואי הנצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה
כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לעוות זעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - תובע 1

(עמודים 63 עד 63)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

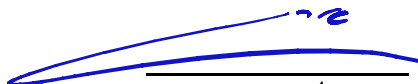
יהודה פינטו - נגד - ישיר חברה לביטוח בע"מ

התובע, 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, במסגרת בית החולים שיבא, תל השומר ובמסגרת קופת החולים לאומית.

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 5 :

טופס 1 - מינוי מומחים - תובעת 2

(עמודים 65 עד 65)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

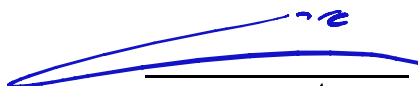
מזל אריכא פינטו - נ ג ד - ישיר חברה לביטוח בע"מ

התובעת, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום הפסיכיאטרי, בתחום הכאב ובתחום הרפואה התעסוקתית לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין ובמסגרת קופת החולים לאומית.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 67 עד 74)



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	
אריאל	לי	04947395	_____	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
1886	40	נס ציונה	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 15.11.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: _____
 X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל אל מרחוב 49493950 ת.ז. מס' 49493950 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של 25.2.21 בענין תאונת דרכים מיום 25.2.21 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, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



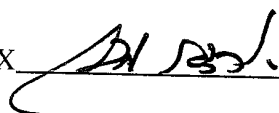
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 11 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



~~עו"ד אריאל פרייזר~~

~~מס' רישום: 52254~~

~~עורך-דין~~

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ע' כ"ט / 49493950 בעל ת.ז. 49493950 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:
תאריך: _____ המחלה: סרטן / 2017 המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: סרטן / 2017 המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X ע' כ"ט / 49493950
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד ע' כ"ט / 49493950 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 22.10.22
הופיעה בפני ע' כ"ט / 49493950 (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
49493950 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה
ביום 22.10.22 ע' כ"ט / 49493950
חתימת עורך הדין

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	
רונן	יהונתן	6487877		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
הרצל	40	תל אביב		

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 הסייעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) **מס' דש"ק: 62254**

י פ ו י כ ח

אני הח"מ יחזקאל יהושע מרחוב מס' 64867 להיות באי כוחי במשפט של 2.2.21 ממונה בזה אוריאל פריינדג ו/או בענין תאונת דרכים מיום נגד 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:

- 

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

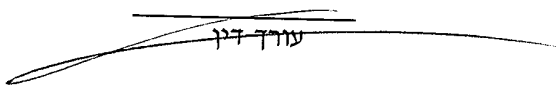
היום 15 לחודש 11 שנה 2

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עו"ד אריאל פריינד
כס' רשיון: 62254


עורך דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ יגאל בן-16 בעל ת.ז. 6487831 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

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

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

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

X Mo

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד חגית סמיר מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 14.11.22
הופיעה בפני יגאל בן-16 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
6487831 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

כ"ס רשיון: 62254

חתימת עורך הדין