



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל פילבר 42, רמת-גן 5250606, ת.ד. 19957

אגף ביטוח כללי - רכב חובה		
תאריך:	ב אב תשפ"א	
תאריך:	11/07/2021	
מבלי	לפגוע	בזכויות
לצרכי	מו"מ	בלבד
מבלי	לפגוע	בטענת התיישנות
בכל פנייה נא ציינו מס' תביעתנו		

איילון חברה לביטוח בע"מ
כתב קבלה ויתור ושחרור

לפנים משורת הדין

אני הח"מ שורץ הופמן הדס נושא ת.ז. 040143844 להלן: ("התובע") מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 11/12/2016 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה לטענתי תאונת דרכים (להלן "התאונה"), בה היה מעורב לטענתי רכב מ.ר. 9215501 אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל ודן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ (להלן "המבוטחים") וכן איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחים") הסכימו לפצותי בגין הנזקים שנגרמו לי.

והואיל והסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבוטחים פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מן התאונה.

לכן הנני מאשר ומצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל מאת המבוטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות עו"ד אריאל הינו סך של 7,500 ₪ (שבעת אלפים חמש מאות ₪) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתמתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.

2. תמורת קבלת הסכום הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או ייגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד, ואין לי ולא תהייה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או מי מטעמם.

3. הסכום כולל תביעות מטיבים למיניהם, לרבות, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז בכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.

4. אני מתחייב לפצות ולשפות את המבטחים ו/או המבוטחים ו/או מי מטעמם, וכל אחד מהם, בשלמות, מייד עם דרישתם הראשונה, על וכנגד כל תביעה או דרישה שתוגש, נגדם או נגד כל מי מהם, עד לגובה הסכום המשולם לי על פי כתב קבלה זה, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם, לכל אדם או גוף, למעט כל תשלום וכל הוצאה בגין שירותים רפואיים שקיבלתי או שאקבל בעתיד הכלולים ב"סל הבריאות" לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והנובעים מהתאונה, ככל שהחבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבוטחים ו/או המבטחים על-פי כל דין, אך לרבות תשלומים שהמבטחים ישלמו בעתיד בגין שירותים רפואיים שקיבלתי ושהנני עתיד להבל ואשר אינם כלולים ב"סל הבריאות".

חתימה

1546002102098

מס' תביעה



בית איילון ביטוח: דוח' אבא הלל מילברג 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957

אגף ביטוח כללי - רכב חובה		
תאריך:	ב אב תשפ"א	
תאריך:	11/07/2021	
מבלי	לפגוע	בזכויות
לצרכי	מו"מ	בלבד
מבלי	לפגוע	בטענת התיישנות
בכל פנייה בא ציינו מס' תביעתנו		

איילון חברה לביטוח בע"מ כתב קבלה ויתור ושחרור

לפנים משורת הדין
אני הח"מ שורץ הופמן הדס נושא ת.ז. 040143844 להלן: ("התובע") מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 11/12/2016 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה לטענתי תאונת דרכים (להלן "התאונה"), בה היה מעורב לטענתי רכב מ.ר. 9215501 אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזק גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל ודן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ (להלן "המבטחים") וכן איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחים") הסכימו לפצותי בגין הנזקים שנגרמו לי.

והואיל והסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבטחים פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מן התאונה.

לכן הנני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות עו"ד אריאל הינו סך של 7,500 ₪ (שבעת אלפים חמש מאות ₪) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתמתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.

2. תמורת קבלת הסכום הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או ייגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד, ואין לי ולא תהינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או מי מטעמם.

3. הסכום כולל תביעות מטיבים למיניהם, לרבות, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז בכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.

4. אני מתחייב לפצות ולשפות את המבטחים ו/או המבטחים ו/או מי מטעמם, וכל אחד מהם, בשלמות, מייד עם דרישתם הראשונה, על זכנני כל תביעה או דרישה שתוגש, נגדם או נגד כל מי מהם, עד לגובה הסכום המשולם לי על פי כתב קבלה זה, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם, לכל אדם או גוף, למעט כל תשלום וכל הוצאה בגין שירותים רפואיים שקיבלתי או שאקבל בעתיד הכלולים ב"סל הבריאות" לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והנובעים מהתאונה, ככל שהחבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבטחים ו/או המבטחים על-פי כל דין, אך לרבות תשלומים שהמבטחים ישלמו בעתיד בגין שירותים רפואיים שקיבלתי ושהנני עתיד לקבל ואשר אינם כלולים ב"סל הבריאות".

חתימה

1546002102098

מס' תביעה

e-mail: mail@ayalon-ins.co.il

www.ayalon-ins.co.il

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל טילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957



ת א ר יך ושעה: 11/07/2021 12:53:46

נושא:

מספרי עמודים לפקס זה: 4

לידי:

מספר פקס: 0773180983

מאת:

מספר פקס:

מספר טלפון: 29587



בית איילון ביטוח דוח' אבא מלל מילבר 12, דפוס-ק 5250606, ת.ד. 10957

האגף לביטוח כללי - פרט

תאריך:	ב אב תשפ"א
תאריך:	11/07/2021
טלפון:	0722229587
פקס:	03-7569580
מבלי	לפגוע בזכויות
מבלי	להודות בחבות ובכיסוי הביטוחי
מבלי	לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
אריאל פרייברג, עו"ד
0773180983

ח.נ.

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מנועי, פוליסה מס' 16400412216
רכב חובה - פוליסה אישית
תביעה מס' 1546002102098 אירוע מיום 11/12/2016
ע"ש המבוטח דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ
התובע: שורץ הופמן הדס

בעקבות שיחתנו, נמסרת לך בזאת הצעת פשרה בכתב. הצעתנו הינה לפנים משורת הדין ומבלי להכיר בחבות ו/או בנזק.

סכום הפשרה לסילוק סופי ומוחלט של תביעת מרשך עומד על סך 7,500 ₪ כולל. סכום זה הינו מעבר לתגמולים ששולמו למרשך ע"י מיטבים למיניהם ו/או תשלומים תכופים.
סך זה כולל פיצוי בגין ראשי נזק רלוונטיים, לרבות ראש נזק לא ממוני והפסדים, ככל שקיימים.
הצעת הפשרה תעמוד בתוקפה במשך 60 יום. עד לאישור אין הצעת הפשרה מחייבת את הצדדים.
במידה והצעת הפשרה מקובלת עליך, נא החזר את שטרי הפטור החתומים למשרדנו.
עם קבלת השטר המקורי חתום ומאושר כדין – נטפל בביצוע התשלום.
הצעתנו ניתנת בכפוף לקבלת:
• יפוי כח.

במידה ואינך מקבל ההצעה, נא הודיענו. במקרה זה הנך מתבקש להמציא לנו את כל המסמכים שנתבקשו בכתב הפתיחה וטרם הומצאו.
לצורך ביצוע העברה בנקאית, יש להעביר לידנו:

1. טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח, המצ"ב.
2. צילום המחאה (צ'ק).

ניתן להעביר העתק השטר המקורי סרוק בצבע למייל -
ifnMailRouterHovaTah@ayalon-ins.co.il

בכבוד רב,
דנה בן משה, עו"ד
מחלקת תביעות גוף חובה



בית איילון ביטוחי רכב: אבא מלל טילבר 12, רמת-גן 5250605, ת.ד. 10957

5. א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך, שהתאונה אינה מהווה "תאונת עבודה".

ב. אני מצהיר ומתחייב, כי לא פנית ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה, וזאת מעבר לגמלאות ו/או לקצבאות המפורטות בסעיף 3 לעיל. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ו/או גמלה ו/או כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה, הנני מתחייב להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי לקבל מהמל"ל עקב התאונה וזאת עד לסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 לעיל, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק.

ג. הנני מאשר, מצהיר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהיא בגין התאונה מעבר לאמור בסעיף 3 לעיל, הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה – 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי עפ"י שטר קבלה זה.

6. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי הוא מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות או מקצתן בנוגע לחבות בנזיקין, לכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנתבעים ותוקפו למשך 60 יום מיום הוצאתו.

7. במידה וההסכמות שגובשו להסדר הפשרה כמפורט בשטר הסילוקין לא תחתמנה ע"י הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירון ההתיישנות וכל מטרה אחרת.

8. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.

9. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם לי את הסכום.

10. במקרה שכתב זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החתומים מתחייבים, מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.

11. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה במשמע.

☐ הנני מתחייב בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה שהגשתי נגד המבוטחים ו/או המבטחים בת.א ב.

ולראיה באתי על החתום:

היום..... בחודש..... שנת..... חתימה.....

עד לחתימה:.....

אני הח"מ..... עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניי והסברתי לו הסבר היטב את תוכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך:.....

חתימה:.....

מס' תביעה 1546002102098

תאריך: ט"ז סיון תשפ"א 27/05/2021

לכבוד
אריאל פרייברג, עו"ד
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204

א.ג.ב.

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות התיישנות
מבלי להכיר בחובות ובכיסוי הביטוחי

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מגועי

פוליסה 16400412216 ע"ש דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ - פוליסה אישית
תביעה מס': 1546002102098 אירוע מיום: 11/12/2016 התובע: שורץ הופמן תהילה

בהמשך לפנייתך שבנדון ולפתיחת בקשה לתגמולי ביטוח, (להלן "הבקשה") מצורף בזאת חוברת "מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור" של חברתנו (להלן "מערכת הכללים") וכן מסמך "הליך בירור ויישוב תביעה" המתאר את הליך הטיפול בבקשה (להלן "מסמך הליך בירור").
הנך מתבקש לעיין ב"מסמך הליך הבירור" ו"מערכת הכללים". כמו כן תוכל לצפות באתר החברה www.ayalon-ins.co.il באזור "המידע האישי" במסמכים הרלוונטיים הקשורים לדרישה זו.

במסמך זה על נספחיו, מפורט תהליך הטיפול בבקשה, זכויותך, המסמכים ו/או המידע שעליך להמציא על מנת שנוכל לטפל במהירות וביעילות בבקשתך, הנך מתבקש לשתף עמנו פעולה ולציין על כל מסמך המועבר אלינו את מס' התביעה כמופיע לעיל.

אנו בודקים נסיבות התאונה, חבותנו והיקפה.

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה (באמצעות דוא"ל/מסרון או דואר ישראל)

מבלי לפגוע באמור לעיל ועל מנת שנוכל לטפל בדרישתכם, נבקשכם להמציא לנו את המסמכים הבאים:

1. העתק רישיון נהיגה על שני צדדיו.
2. אישור משטרה בציון שם הנפגע ופרטי כלי הרכב ושמות הנהגים המעורבים.
3. טופס הודעה חתום ומפורט במלוא הפרטים הנדרשים בו, לרבות פירוט נסיבות האירוע (רצ"ב הטופס)
4. תיעוד רפואי רלוונטי, כולל דו"ח פינוי מד"א ותעודת חדר מיון.
5. אישורים רפואיים על תקופת אי-כושר עבודה בגין התאונה, באם הייתה כזו.
6. אם התאונה הינה תאונת עבודה (אירעה תוך כדי עבודתו של הנפגע, בדרך לעבודה או בדרך מהעבודה לביתו) – יש להמציא אישור הכרת המוסד לביטוח לאומי בתאונה כתאונת עבודה, אישור מהמוסד לביטוח לאומי בדבר תקופת אי-כושר העבודה שהוכרה, שיעור הנכות שנקבעה (אם נקבעה), ופירוט מלא של כל תקבולי המל"ל.



7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

שלם כסף וזיכרון

15.3.21

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 12
רמת גן

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 11.12.16
הנפגעת: הדס שורץ הופמן, ת.ז. 4014384

הנני מייצג את מרשתי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. ביום 11.12.16, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, לאחר שעלתה על אוטובוס קו 10 של חברת דן, אשר היה נהוג ע"י יוספוב גריגורי, בטרם הספיקה להתיישב, בלם נהג האוטובוס בפתאומיות ומרשתי עפה אחורנית ונפגעה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור נסיעה וצילום מדחן הכסף של הנהג מסומנים "1 - 2"

2. יצויין זה עתה כי לאחר התאונה פנתה מרשתי לחברת דן ודיווחה אודות התאונה ופרטיה.

3. נוכח החמרה בכאבים פנתה מרשתי לקבל טיפול רפואי בבית החולים בילינסון, שם אובחנו חבלות בבטנה, בעכוז ובגב התחתון. כן, אובחן שט"ד באגן מימין. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות, שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב מכתב משוחרר, מסומן "3 - 5".

4. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני פנתה לקבלת טיפול אורתופדי והיא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

5. מרשתי ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים במשך כ-9 חודשים. אולם, אלה, לא השיגו את מטרותיהם והיא נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון.

6. במהלך תקופה זו הרתה מרשתי ועל כן, בתום טיפולי הפיזיותרפיה לא אושר לה לקבל טיפולים נוספים, וזאת, על אף הצורך הרפואי והגבלה שנותרה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "6 – 8"

7. מאז התאונה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

8. מרשתי עובדת סוציאלית בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

9. לאחר התאונה התקשתה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת מוגברת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה.

10. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך 78,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

11. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

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	
מ.ר.מ	ר.ר.ס	4014384		
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון	
21	46	יה		
		עיר		

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב 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 _____

תאריך: 21.2.21 עד לחתימה ומס' ת.מס' ~~עו"ד אריאל פרינברג~~ חתימה: _____
62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, דניס שוה דיון רמק 46 דל 4014324 מרחוב _____, ת.ז. מס' _____, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

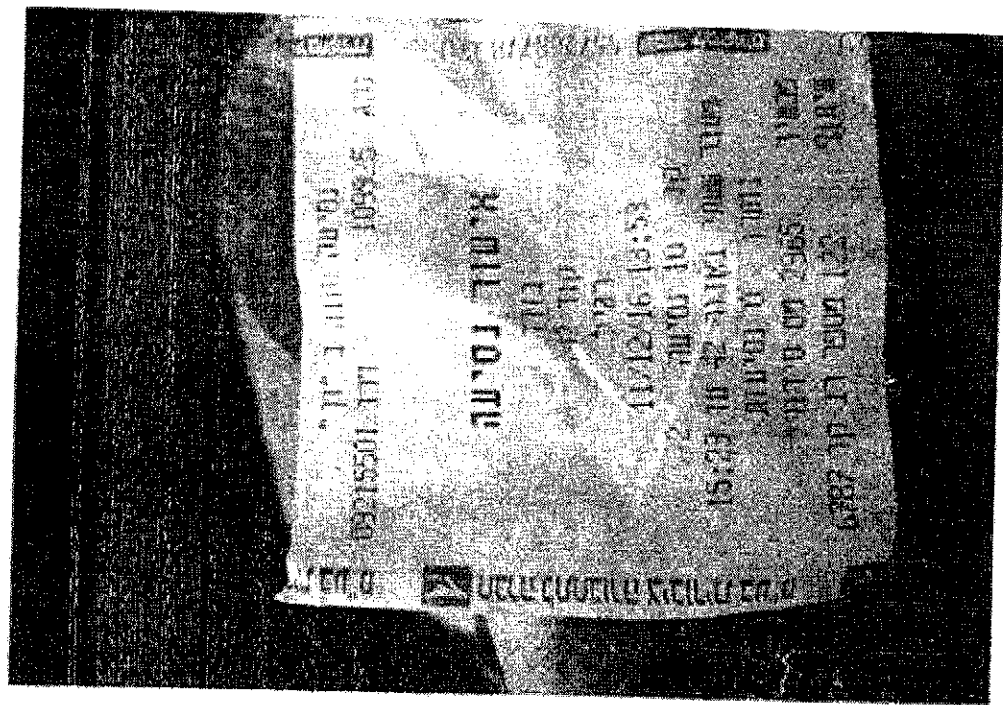
היום _____ חודש _____ שנה _____

חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' תע"ד 62254

1



י"ת בע"מ

מס' תעודת זהות: 10245
תאריך: 10/10/2008

חברה לתחבורה ציבורית בע"מ

א"ש ו"ש

רמת

קריית

רמת

מס' תעודת זהות: 10245

תאריך: 10/10/2008

מס' תעודת זהות: 10245

תאריך: 10/10/2008

ע"ג

557268778.D.V



BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר עבד אלחלים נאסר
מ.ר. 127206 00:20 12/12/2016

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 12/12/2016

:
מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אח/אחות אחראיים: גרינברג
תמי
מס' קבלה: 2016221582
למחלקה
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה:	שורץ הופמן	ת. לידה:	01/10/1980
שם פרטי:	הדס	ת. זהות:	4014384
כתובת:	רמב"ם 46, פתח תקוה 49542	מין:	נקבה
טלפון:	052-8460817	גיל:	36
סוג דם:		שם האב:	פנחס

תאריך קבלה: 11/12/2016 17:40
מספר קבלה: 2016221582

אופן הגעה למימון

הגיע למימון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: אחר

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אזור

אבחנה

- OTHER INJURY OF OTHER SITES OF TRUNK (95919)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת גב

הערות: בגלל עצירה פתאומית של נהג אוטובוס נפלה אחורנית חבלה בגב ואגן

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

אורתופדיה:

בת 36, בריאה בד"כ, רגישות לדוקסילין, יתכן שבהריון
ביום קבלתה נפלה עקב ת"ד באוטובוס ונחבלה בעמוד ימין
מאז - כאבים בעמוד ימין ובבטן מימין
בבדיקתה:

מתהלכת ללא צליעה וללא כאבים, שט"ד שטחי באיזור עמוד ימין, ללא סימני חבלה על הגב, ללא רגישות ורטבולית או פרורטבולית.
לא רגישות אגן, מפרקי ירכיים חופשיים ללא רגישות על פני הצלעות מימין או סימני חבלה
כח גס 5/5 ב- IP/QUAD/TA/EHL/PER/GC/FHL
תחושה דיסטלית שמורה, נימוש DP
FABER שלילי, רולינג שלילי, GT, ללא רגישות

משוחררת אורתופדית:

המלצות: מעקב רופא מטפל, נגד כאבים, אורתופד עוד שבוע בקהילה, בכל החמרה בדיקת רופא

להמשיך בירור כיחורג במלר"ד בשל כאבי בטן

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	כאב
17:59 11/12/2016	84	105 / 76	4

מהלך ודיון

תאריך שעה חשא נרשם ע"י פרטים

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר עבד אלחלים נאסר
מ.ר. 127206 00:20 12/12/2016

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 12/12/2016

:
מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אח/אחות אחראיים: גרינברג
תמי
מס' קבלה: 2016221582
למחלקה
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה:	שורץ הופמן	ת. לידה:	01/10/1980
שם פרטי:	הדס	ת. זהות:	4014384
כתובת:	רמב"ם 46, פתח תקוה	מין:	נקבה
טלפון:	052-8460817	גיל:	36
סוג דם:		שם האב:	פנחס

תאריך קבלה: 11/12/2016 17:40
מספר קבלה: 2016221582

אופן הגעה למיין

הגיע למיין: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: אחר
הפנייה: ק
סטטוס מטופל: אחר

אבחנה

- OTHER INJURY OF OTHER SITES OF TRUNK (95919)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת גב
הערות: בגלל עצירה פתאומית של נהג אוטובוס נפלה אחורנית חבלה בגב ואגן

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

אורתופדיה:

בת 36, בריאה בד"כ, רגישות לדוקסילין, יתכן שבהריון
ביום קבלתה נפלה עקב ת"ד באוטובוס ונחבלה בעכוז ימין
מאז - כאבים בעכוז ימין ובבטן מימין
בבדיקתה:

מתהלכת ללא צליעה וללא כאבים, שט"ד שטחי באיזור עכוז ימין, ללא סימני חבלה על הגב, ללא רגישות ורטברלית או פורטרברלית.
לא רגישות אגן, מפרקי ירכיים חופשיים ללא רגישות על פני הצלעות מימין או סימני חבלה
כח 5/5 ב- IP/QUAD/TA/EHL/PER/GC/FHL דו"צ SLR שלילי דו"צ, ללא רגישות GT, רולינג שלילי, FABER שלילי,
תחושה דיסטלית שמורה, נימוש DP

משוחררת אורתופדית:

המלצות: מעקב רופא מטפל, נגד כאבים, אורתופד עוד שבוע בקהילה, בכל החמרה בדיקת רופא

להמשך בירור כירורג במלר"ד בשל כאבי בטן

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	כאב
17:59 11/12/2016	84	105 / 76	4

מהלך ודין

תאריך	שעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
-------	-----	------	----------	-------

כללית 100 שנה
מרכז רפואי רבין
חפץ טובה למשפחה

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	שורץ הופמן	תאריך לידה:	01/10/1980	:	מלרד - אגף מהלכים
שם פרטי:	הדס	ת. זהות:	4014384	:	פרופ' דרשר מיסל מ.ר. 24432 :
סוג דם:		שם האב:	פנחס	:	אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

חשובי אישוי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

הנחיה מאת ד"ר רן גולדשטיין
03-7383405
טקסט 03-7383401

מספר 12100
גיל 36.04
מספר 46 / 5

שם הרופא: דר' רן גולדשטיין
תחום: מומחה באורתופדיה
מספר רשיון: 27614
כתובת: קריית אונ, שלמה המלך 37
טלפון: 03-7381100
פקס: 03-7381101
מחזור: דין פ"ת
מרפאה: מרפאת קריית אונ מקצועית

29/01/2017 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מס זיהוי	גיל	ת. לידה	פנחס
שורץ הופמן הדס	00-04014384-4	36.04	01/10/1980	שם האב	
פתח תקווה	רמב"ם	46 / 5	52	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון		

11/12/2016 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278180811

תז נבדק



40143844

מספר רשיון



027614

לכבוד: פיזיותרפיה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7242		LOW BACK PAIN

תלונות: כאב עש מותני נקודתי לסרגין בבדיקה במיון ביום התאונה

ממצאים בבדיקה: ללא רגישות מעל חוליות מותניות הללא חוסר מירולוגי פריפרי
לסג שלילי

הגבלה ב-ROM בסוף טווח הכיפוף רגישות פארברטבראלית ימנית תחונה

ד"ר רן גולדשטיין
מספר 27614
2222

27614

מספר רשיון

דר' רן גולדשטיין

24/08/2017 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					שורץ הופמן הדס	
פנחס	01/10/1980	ג	36.11	00-04014384-4	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת. לידה	מין	גיל			
52 - 2214428	52 - 8460817		46 / 5		רמב"ם	פתח תקווה
טלפון מסף	טלפון		מס בית		רחוב	ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 170482846

תאריך הפניה: 29/01/2017

ת. תאונה: 11/12/2016

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רפא: 27614

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד, ר גולדשטיין רן

מרפאה: קרית אונ

מקצוע: אורטופד

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7242		accident injury LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	7242	Pain lumbar region / low back

תאריך תחילת טיפול: 01/02/2017 תאריך סיום טיפול: 24/08/2017

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטים: 3 קבוצתי: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	תרגילים - פרטי
1	הדרכה לתרגול בבית

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
1	תרגילים - עבודה עצמית
7	קבוצת גב
3	הערכה מחדש - בדיקה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	ימין	7	8

הערכת מטפל: 3-ללא שימי

הערות: 24.8.17-הנל סיימה קבוצת WHIPLASE בסוף מרץ 2017. לאחר הקבוצה הייתה הטבה משמעותית בכאבי הגב. הנל בהריון שבוע 27. מאז תחילת ההריון לא ביצעה תרגילים לגב התחתון. מתלוננת על כאב בעש מותני בצד ימין בהליכה מהירה, עמידה ממושכת, שטיפת כלים .VAS 8/10

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
24/08/2017
26/03/2017
19/03/2017
19/03/2017
05/03/2017
26/02/2017
19/02/2017
12/02/2017
05/02/2017
01/02/2017

מחוז דן-פ"ת
אורה לבנטל
פיזיותרפיסטית
מ.ר. 102289
מכון פיזיותרפיה - קרית אונו א'

אורה לבנטל
חתימה וחותמת

לבנטל אורה

שם מטפל

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 24/05/2021 20:30
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	24/05 20:24
FAX NO./NAME	7569580
DURATION	00:05:17
PAGE(S)	13
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15.3.21

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 12
רמת גן

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 11.12.16
הנפגעת: חדס שורץ הופמן, ת.ז. 4014384

הנני מייצג את מרשתי שבנדון וחריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. ביום 11.12.16, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, לאחר שעלתה על אוטובוס קו 10 של חברת דן, אשר היה נהוג ע"י יוספוב גריגורי, בטרם חספיקה להתיישב, בלם נהג האוטובוס בפתאומיות ומרשתי עפה אחורנית ונפגעה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור נסיעה וצילום מדדון הכסף של הנהג מסומנים "1 - 2"

שושי שוורץ – גרוסמן, עורכת דין ADV, SHOSHI SHWARTZ- GROSSMAN

רחוב גרניס 11 שערי תקווה

טלפון להתקשרות- 0545252803

E MAIL: SHOSHI_G@BEZEQINT.NET

24/10/18

באמצעות פקס מס' – 03-7569560

לכבוד

חב' הביטוח איילון

מחלקת תביעות גוף

הנדון : ת"ד מיום 11/12/16

הנפגעת: גב' הדס שורץ-הופמן ת.ז. 4014384

מרשתי מילאה ידי לפנות אליכם בדברים כדלקמן:

ביום 11/12/16 שעה 14:00 לערך עלתה מרשתי בתחנת האוטובוס בן יהודה – גורדון תל אביב לקו מס' 10 של חב' דן שמסלולו ממתחם ג'י ראשל"צ לתחנת רכבת סבידור מרכז תל אביב.

טרם עלה בידי מרשתי להתיישב, נהג האוטובוס, מר יוספוב גרגור, ביצע בלימה חזקה אשר גרמה למרשתי לעוף אחורנית וליפול על גבה.

אחרי שכיבה של מס' דקות ובסיוע של נוסעים, הצליחה מרשתי לקום ולהתיישב.

מרשתי סירבה להזמין אמבולנס וזאת על אף המלצת הנוסעים והנהג.

משכאביה של מרשתי לא חלפו ואף התגברו פנתה מרשתי בו ביום לביה"ח.

רצ"ב סיכום רפואי רלוונטי.

בהמשך ומשכאבי הגב התחזקו פנתה מרשתי ביום 29/1/17 לאורתופד אשר הפנה אותה לטיפול פיזיותרפיה.

מרשתי נאלצה להפסיק את טיפולי הפיזיותרפיה וזאת בשל הריון שנקלט.

רצ"ב מסמכים רלוונטיים.

עד היום מרשתי ילידת 1980, עובדת סוציאלית בהכשרתה, סובלת מכאבי גב תחתון ומתקשה בביצוע עבודות היומיום ועבודות הבית.

יצוין כי התאונה אינה תאונת עבודה על כל המשתמע מכך.

למען הסדר רצ"ב לנוחיותכם יפוי כח, טופס ויתור על סודיות רפואית, תצהיר בריאות, העתק פרטי הנהג ואשור נסיעה.

נוכח האמור ועל מנת להביא העניין לידי סיום בפשרה, אודה לקבלת עמדתכם לסילוק תביעת מרשתי מחוץ לכתלי ביהמ"ש בהקדם.

אודה לקבלת מענה באמצעות כתובת מייל.

ברכה זכב"ח

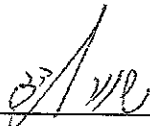
שושי שוורץ-גרוסמן, עו"ד

תצהיר בריאות

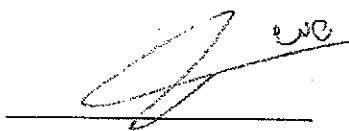
אני הח"מ, מר שמואל גרמין, ת.ז. 040143844, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה בכתב כדלקמן:

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

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי:


חתימה

הנני, עוה"ד מר שמואל גרמין, לאחר בזה כי ביום 24/10/18, במשרדי ברח' אביב 11 בית, הופיעה בפניי מר/גב' מר שמואל גרמין, ת.ז. 040143844, ולאחר שהוזהרתי אות/ה כי עליו/ה לומר אמת וכי יחית/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה נכונות הצהרת/ה הנ"ל וחתם/ה עליה בפני.


חתימה

ייפוי כח כללי

אני הח"מ, ד"ר אוריאל הלפרין ת.ז. 040143844, ממנה ומיפה את כוחו של עוה"ד ד"ר אוריאל הלפרין להיות באת כוחי הנכון והחוקי לכל פעולה ולכל דבר, ומבלי לגרוע מכלליות דבר זה לעשות, כל אחת מן הפעולות, המנויות להלן בנוגע לעניין תאונה מיום 11/12/16 :

1. לדרוש, לתבוע, לקבל, לגבות, או להחזיק סכומים של כסף, השייכים לי בהווה או שיהיו שייכים לי בעתיד או העומדים לתשלום לטובתי בהווה או יעמדו לתשלום לטובתי בעתיד.
2. לחתום בשמי ובמקומי על כל מסמך, התחייבות או אישור לשם הוצאה לפועל של כל פעולה לעניין התאונה הנ"ל.
3. להתפשר או למסור לבוררות בשמי ובמקומי בכל סכסוך כלשהו, אשר יש לי בהווה או שיהיה לי בעתיד.
4. לשלם, לוותר או להתפשר באשר לכל תשלום או חוב המגיע לי או שאני חייב בו או בכל תשלום או חוב שאתחייב בו או שיגיע לי בעתיד.
5. לייצגני או להופיע במקומי בכל הליך משפטי או מעין משפטי, לתבוע, להתנגד, להתפשר, למסור לבוררות כל עניין בו יש לי או תהיה לי נגיעה בכלל זה בפני כל מוסד משפטי או מעין משפטי.
6. לייצגני ולהופיע בשמי ובמקומי בפני כל מוסד, פקיד או רשות מוסמכת, או בפני כל רשות אחרת ולחתום ולעשות כל פעולה כדי להוציא לפועל כל דבר הקשור לענייני בפני רשויות אלו.
7. להעביר יפוי כח זה לאחר ולמנות כל שלוח לעשות כל אחת מהפעולות האמורות לעיל.
8. לעשות כל פעולה משפטית או אחרת בשמי ובמקומי, כאילו עשיתי אותה בעצמי ואני מתחייב לאשר ולקבל על עצמי, כל פעולה כזו שבא כוחי ביצע בשמי.
9. כל האמור ביפוי כח זה בלשון יחיד – זכר יתייחס לפי הצורך ללשון נקבה ו/או רבים.

ולראיה באתי על החתום:

ד"ר אוריאל הלפרין חתימה

2/12/17 תאריך:

ד"ר אוריאל הלפרין הנני מאשר/ת חתימת מרש/מרשתי הנ"ל

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> <u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u> <u>מספר</u>	<u>עיר / מיקוד</u> <u>טלפון</u>	<u>שם האב</u>
--	---	---	----------------------

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או קופת חולים מכבי, רופאים, עובדיהן ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות הפסיכולוגי החינוכי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד צבא ההגנה לישראל ו/או משרד הביטחון ו/או כל מוסד אחר למסור לעו"ד ו/או חברת ביטוח (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים כולל קופת חולים מכבי ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהן, לרבות צבא ההגנה לישראל ו/או משרד הביטחון ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע שכאמור.

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 ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן.

חלק ב'

שם קופי"ח: 16 סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____

מכונים/מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____

שם קופ"ח קודמת: _____

המוסד לביטוח לאומי: סניף _____ ענף _____

במקרה של קטין (חתימת האפוטרופוס):

<u>חתימה</u>	<u>חתימה ופרטים של העד לחתימה</u>	<u>תאריך</u>
---------------------	--	---------------------

מכון פיזיותרפיה קרית-אונו
יהודה המכבי 4
טל: 03-7383405 פקס: 03-7383401

מטופל/ת נכבד/ה

הינך מוזמן/ת להשתתף בטיפול קבוצתי.

- קבוצת **ברך** בימי ראשון בין השעות 11:00-12:00 החל מ _____
- קבוצת **שיווי משקל** בימי ראשון בין השעות 10:00-11:00 החל מ _____
- קבוצת **גב ערב** בימי ראשון בין השעות 18:00-19:00 החל מ 5.2.16
- קבוצת **כתף צוואר** בימי ראשון בין השעות 17:00-18:00 החל מ _____
- קבוצת **שיקום גף תחתון** בימי שני בין השעות 07:30-08:30 החל מ _____
- קבוצת **כתף צוואר** בימי שני וחמישי בין השעות 10:00-10:40 החל מ _____
- קבוצת **פרקיסון** בימי שני בין השעות 11:00-12:00 החל מ _____
- קבוצת **גב בוקר** בימי שלישי וחמישי בין השעות 11:00-11:40 החל מ _____
- קבוצת **גב ערב** בימי שלישי בין השעות 18:00-19:00 החל מ _____
- קבוצת **WHIPLASH** בימי שלישי בין השעות 17:00-18:00 החל מ _____
- קבוצת **שיווי משקל** בימי חמישי בין השעות 09:00-10:00 החל מ _____

10
אנא הקפד/י להגיע לכל 8 המפגשים אליהם הינך מוזמן/ת. לא יינתן תור במקום

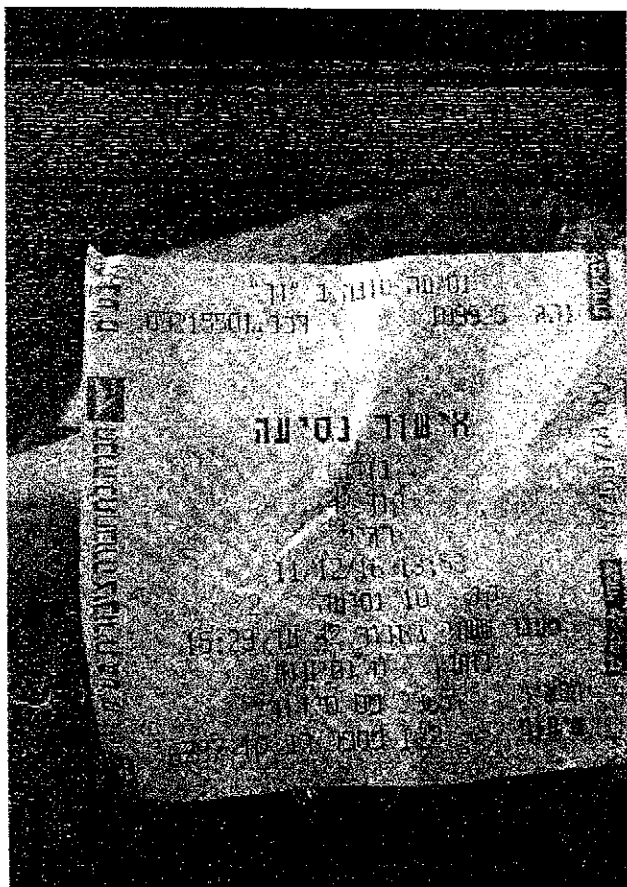
היעדרות.

על מנת להפיק את מירב התועלת מהטיפול עליך לתרגל לפחות פעם ביום את שלמדת בקבוצה.

אנו מאחלים לך החלמה מהירה ובריאות טובה.

מאחורי 10 מפגשים שנסך גור רוצה לאורו F31c השטח

צוות המכון



16/12/11
 קו 10 של חברת דן, מתקן ^{מחשבי} מחשבים לצורך לחנות רכבת סביב גא. ארז.
 אב. ס'ג. במסגרת דן יהודה (פזרדון) גא. ארז. דקס 13.53.

תקן החלף לפרט שלט המינהל, ולפי בקשת חשב מאל, שצפתי אחרונה
 והשלימה. א. קרד (מחלקת המינהל) שמו (א.א. מחלקת ארז) אחי. שנייה
 ש. נאה. דקס. א. מרבה, בסיוע נסיון החלף לקדן ולחשבה.

מחלקת ^{למספר} למספר
 חשבון ^{למספר} למספר א.א. ס'ג. - מחלקת חשבונות (ס'ג. = פתח יתרון
 חשבון יספד שלט - 138729
 חשבון ^{למספר} למספר א.א. 16/12/11 והשלימה. אחי. חשבון (א.א. חשבון
 חשבון ^{למספר} למספר א.א. 16/12/11. מחלקת.

קדס. ארז. אחי. גא. ארז. עם מחלקת אחי. קאפון 2700 ₪. שמו. קו

חשבון נאה. החשבון בקדס. שמו. חשבון. חשבון. חשבון.

1. א. ארז. א.א. חשבון. חשבון. חשבון. חשבון. חשבון.

א.א.

לשירותכם 24 שעות ביממה:

2700* מכל טלפון

clalit.co.il

מוקד האחיות

הפניית לקוח למלר"ד

שם בית החולים: מרכז רפואי רבין-קמפוס בילינסון

סוג מיון: מיון כללי סוג הפניה: ניתוח הפניה למיון

תאריך שעה: 15:23:24 11/12/2016

שם חלקות: שורץ הופמן הריס

מס' ת.ד.: 40143844

המתח אליז משוין חלקות: מחזור דן - פ"ת

שם מרפאה: מרפאת גבעת שמואל שם רופא מטפל: מרצה ורטיקין

מס' אסמכתא:

1-3152161049

סיבת הפנייה:

חבלה בגב

תאונה בנסיעה באוטובוס - עפה לרצפה חבלה באגן ובגב

בברכה,

שם משפחה אחות: אליאס וייסמן שם פרטי אחות: וורניקה

מוקד האחיות-שירותי בריאות כללית.

לידיעתך:

הפניה זו לא תסבד כאם ניתנה לאחר שהלקוח פנה לחדר המיון.

הפניה זו תקפה לחשך 4 שעות מעת הנפקתה.

לשירותכם 24 שעות ביממה:

2700 *מכל טלפון

clalit.co.il

מוקד האחיות

הפניית לקוח למלר"ד

שם בית החולים: מרכז רפואי רבין-קמפוס בילינסון

סוג מיון: מיון כללי סוג הפניה : ניתוח הפניה למיון

תאריך,שעה: 15:23:24 11/12/2016

שם הלקוח: שורץ הופמן הדס

מס' ת.ז.: 40143844

המחוז אליו משויך הלקוח: מחוז דן - פ"ת

שם מרפאה : מרפאת גבעת שמואל שם רופא מטפל : מרינה ורטקין

מס' אסמכתא:

1-3152161049

סיבת הפנייה:

חבלה-בגב

תאונה בנסיעה באוטובוס - עפה לרצפה חבלה באגן ובגב

ברכה,

שם משפחה אחות : אליאס וייסמן שם פרטי אחות : נורוניקה

מוקד האחיות-שירותי בריאות כללית,

לידיעתך:

הפנייה זו לא תכובד באם ניתנה לאחר שהלקוח פנה לחדר המיון.

הפנייה זו תקפה למשך 4 שעות מעת הנפקתה.