

רחל וולמן, ת.ז. 301779724

מרחוב מאפו 8, תל אביב

התובעת:

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג ו/או
יגאל רסקין

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

1. נועה דגה, ת.ז. 34054627

מרחוב ביאליק 35, רמת גן

הנתבעות:

2. שומרה חברה לביטוח בע"מ

מרחוב הסיבים 23, פתח תקוה 49170

נזיקין - נזקי גוף

מהות התביעה:

אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

סכום התביעה:

כתב תביעה

1. הנתבעת 1 הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת או המשתמשת ברכב מס' 39-308-62 (להלן: "הרכב").
2. 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.
3. בתאריך 21.4.18, בשעה 13:20 בשד' רוקח, בתל אביב, עצרה הנתבעת 1 את הרכב במקום שאסור לחנות בו והתובעת, ילידת 1.11.88, אשר רכבה על אופניה נפגעה כתוצאה מדלת הרכב והיא נחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").
רצ"ב טופס הודעה על תאונה, והודעת התובעת, מסומנים "1 – 3" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
4. הנתבעת 2 מבטחת הנתבעת 1 מכח הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי כאמור ומכח חבות אחרת.

5. יצויין זה עתה כי למען הזהירות, כתב תביעה זה מוגש, בעילות חלופיות, על פי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, ולחילופין, על פי פקודת הנזיקין.
6. לאחר התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בגב התחתון, בברך שמאל ובקרסול שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וחיטוי החבלות שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
7. רצ"ב דו"ח מד"א וסיכום אשפוז, מסומנים "4 – 11" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
7. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כאבי ראש, סחרחורות טופלה במסגרת הקהילה, ניתנו לה משככי כאבים והנחיה למנוחה.
8. רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "12 – 13" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
8. נוכח החמרה בכאבי הראש והסחרחורות כמו גם כאבים בבית החזה, נבדקה התובעת ע"י רופא משפחה אשר החליט להפנותה לחדר מיון. התובעת נבדקה בבית החולים איכילוב, בתל אביב, ולאחר קבלת טיפול אשר כלל ביצוע בדיקות הדמיה שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להימנע מביצוע מאמץ פיזי, נטילת משככי כאבים וייעוץ מרפאת כאב.
9. רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "14 – 18" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
9. התובעת הופנתה לביצוע בדיקת הדמיה שכוונה לעמוד השדרה המותני אשר הדגימה בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי עם לחץ קל על השק התקאלי בגובה L4-L5 ובקע דיסקלי מרכזי קטן עם סימני לחץ קל על השק התקאלי בגובה L5-S1.
10. רצ"ב תוצאות בדיקת ההדמיה, מסומנות "19" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
10. כאמור בסעיף 5 דלעיל, תביעה זו מוגשת בעילות חלופיות, וככל ולא תתקבל טענת התובעת לפיה המדובר הוא בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תטען התובעת כי התאונה אירעה עקב התרשלותה של הנתבעת 1, אשר באה לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

- א. נהיגה בחוסר זהירות ו/או רשלנות ו/או חוסר מיומנות.
- ב. לא פעלה כנהגת סבירה ולא שמה ליבה מספיק למתרחש בדרך.
- ג. נהגה באופן שמסכן את משתמשי הדרך.
- ד. פעלה בתוקפנות וסירבה למסור את פרטיה.
- ה. נהגה בחוסר תשומת לב ובפיזור הדעת.

- ו. נהגה ללא שיקול דעת ובהתעלם מהתנועה.
- ז. נהגה בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.
- ח. נהיגה שלא בהתאם ובניגוד להוראות תקנות התעבורה, התשכ"א-1961 ולכל דין.

11. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה, סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש ומסחרחורות, מקושי בכיפוף, בהרמה, מחוסר יציבות, מקושי בישיבה, הליכה ועמידה ממושכות והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

12. במועד התאונה עבדה התובעת בעבודות זמניות, בין היתר, במלצרות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה, במאמץ פיזי, התקשתה בביצוע עבודתה, נזקקה להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

13. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, נזקקת בעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

14. מאז התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת להתנייד באמצעות רכב דו גלגלי, היא נזקקת להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ותיזקק להם גם בעתיד.

15. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| ₪ 80,000 | (1) הפסדי השתכרות בעבר - |
| ₪ 20,000 | (2) עזרת הזולת בעבר - |
| | (3) הוצאות רפואיות, רכישת משחות, תכשירים |
| ₪ 15,000 | ונסיעות לטיפולים בעבר - |
| ₪ 9,2500 | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

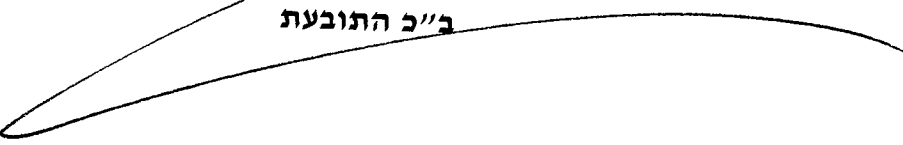
(2) הוצאות בגין עזרת הזולת.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

16. ככל שיקבע כי התאונה מהווה תאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, חייבת הנתבעת 2 לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.
17. לחילופין, חייבת הנתבעת 1 לפצות את התובעת בגין אחריותה לתאונה כמפורט לעיל.
18. ומשכך, הנתבעת 2, חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת הנתבעת 1 בביטוח מכח חבות אחרת במועד התאונה.
19. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
20. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעות.
21. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעות 1 – 2 לדין ולחייבן לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייבורג, עו"ד
ב"כ התובעת





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידת בוחנים מחוז תא 22/04/2018 ז' אייר תשע"ח 13:29
יחידה
תאריך
מס' תיק מסוף 1 - 2018 - 6982 - 2008
טלפון 03-6802222
כתובת אמץ 2, תל אביב
נושא המסמך

מספר תיק פלא 178415 / 2018
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך בתיק א
פקס 03-6803607
מייל yohanim.telaviv@police.gov.il

- לכל המעוניין**
1. תאריך התאונה: 21/04/2018 בשעה 13:20
 2. מקום התאונה: תל אביב - יפו. רחוב שד' רוקח בכביש עירוני הערות מקום:
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:		תוצר רכב	
מספר רכב	3930862	סוג רכב	מזדה יפן
פרטי נוסעים	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג	שיוך המעורב	שם	ישראלית
(1) נהג	ת.ז.	מעורבים ברכב:	שנת לידה
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	

פרטי הרכב:		תוצר רכב	
מספר רכב	ללא מספר	סוג רכב	מספר פוליסה
פרטי נוסעים	אין ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
חברת ביטוח	שיוך המעורב	שם	אחר
(1) נהג	ת.ז.	מעורבים ברכב:	שנת לידה
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
ת"א - יפו, מאפו 8	רחל דודון וולמן	הדסה עירוני - איכילוב	

4. פרטי הולכי רגל: מתאריך: 22/04/2018
5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק		
שם פרטי	שם משפחה	מ"א
אמיר	שגור	1909280

פרטי השוטר המוסר			
שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א
אמיר	שגור	סמר	1909280

4 (33)

פרטי עדים לתאונה		תאריך תאונה	מספר תאונה
שם העד	מספר זהות		

תרגילים מקום התאונה ובין המרחקים

עורכות בתאונות קודמות

1	בסעה	בחדש	מקום
2	בסעה	בחדש	מקום

[illegible]

הדו"ח צ"ע מביטול על תוקף דרכים

תוסף קצין לר"מ

1992 JAN 12

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

4
MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מרחב דן 1052

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 21/04/2018
ארוע: 1244

מספר טופס: 12020971

פרטים אישיים של המטופל

ת.ז.: 301779724

שם משפחה: וולמן

שם פרטי: רחל דודון

מין: נקבה

תאריך לידה: 01/11/1988

גיל: 29.6

כתובת: תל אביב - יפו, מאפן 8

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: מכבי

נייד: 0527559711

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: תל אביב יפו, שדרות רוקח

תלונה עיקרית

תלונה: חבלה קלה, כאבי גב

אנמנזה

בת 29, בהכרה מלאה, מתהלכת. רוכבת אופניים אשר נפגעה מדלת של רכב חונה מתלוננת על כאבים עזים בגב תחתון ובברך שמאל. ללא תלונות נוספות. זוכרת את כל פרטי האירוע, שוללת איבוד הכרה חבלת ראש. בבדיקה: מדדים כמפורט, ללא כל חבלות/דימומים נראים לעין. ללא הגבלת תנועה. צבע עור תקין, ללא סימני קיפוח המודינמי, בטן רכה לא רגישה מפונה למיון

היסטוריה רפואית

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: ללא

רגישויות

לא ידוע על רגישות

מחלות זיהומיות: לא ידוע

טראומה

יך שמאל: כאב

גב: כאב

נתוני בדיקות:

מרחב דן - רח' אלקלעי 2, תל-אביב 62742, טל. 1800-390-101, פקס 03-5468486
www.mdais.org
דוח זה מכיל מידע חסוי רפואי

5

מספר	שם	מספר	שם
1425	נתיב אוויר	1407	נתיב אוויר
	חנק		חנק
	הקאות		הקאות
נושם	נשימות	נושם	נשימות
18	קצב נשימה	20	קצב נשימה
סדיר	דופק	סדיר	דופק
92	דופק לדקה	104	דופק לדקה
150/80	לחץ דם	150/80	לחץ דם
מלאה A	הכרה	מלאה A	הכרה
	אישונים שווים	כן	אישונים שווים
	עור וררית	תקין	עור וררית
	בטן	לא רגישה, רכה	בטן
	סרגל כאב	8	סרגל כאב
	חיוך סימטרי		חיוך סימטרי
	פנים	תקין	פנים
	דיבור		דיבור

הערות

במהלך הפינוי לבית החולים לא נצפו שינויים חריגים במצב המטופל ובמדדים פונתה ללא ליווי מספר אירוע משטרה בוחנים 7

פרטים נוספים

סטטוס חולה נפגע: קל
מצב בהגעה לאירוע: משביע רצון
מצב בתחילת הפינוי: משביע רצון
מצב הגעה לבית חולים: משביע רצון
המבקש: חולה עצמו
המסייעים: משטרה, כונן מד"א
מקום הנפגע: ברשות הרבים
קוד מבצעי: 1052

מידע בסיום אירוע

יעד: בית חולים
שם בית החולים: איכילוב-תל-אב
נמסר ל: טריאל
עזרת רופא שניתנה: ללא
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
לחץ דם: כן
דופק ספונטני: סדיר

זמנים

קבלה 13:51 : יציאה 13:51 : הגעה 14:04 : מפנה 14:22 :

אנשי צוות

מרחב דן - רח' אלקלעי 2, תל-אביב 62742, טל. 1800-390-101, פקס 03-5468486
www.mdais.org
דוח זה מכיל מידע חסוי רפואי



שחרור רפואי

שם יחידה: מיון כירורגי	מנהל מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחרא/ית: ד"ר נאוה גרוס
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: וולמן	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 301779724
תאריך לידה: 01/11/1988	גיל: 29	טלפון: 052-7559711
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: מאפו 8/6 תל אביב- יפו 6357707

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 21/04/2018 14:35 מספר מקרה: 11652232

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

תאונת אופניים

אבחנות במיון

- ACCIDENT – MOTOR VEHICLE (E819.9)

מחלה נוכחית

בת 29, בריאה בדר"כ, לא נוטלת תרופות באופן קבוע, ללא רגישות תרופתית ידועה

בצהריי יום פנייתה, במהלך נסיעה על אופניים נחבלה מדלת של רכב. לא חבשה קסדה. שוללת חבלת ראש או איבוד הכרה, אינה יודעת לספר את מנגנון החבלה. בהגיעה למיון מתלוננת על כאבים בגב התחתון ובברך שמאל.

בבדיקתה: נסערת, אך חיונית ובמצב כללי טוב.

עור- שיפשוף בברך שמאל לא מדמם.

גפיים - ברכיים ללא נפיחות, רגישות קלה בברך שמאל לטראלי. ללא נפיחות באזור הקרסוליים אך מלינה על רגישות בקרסול שמאלי.

גרמי- רגישות קלה בגב תחתון ללא דפורמציה ללא שיפשופים או המטומות

חזה- כניסת אוויר רטובה שווה ומלאה. רגישות באזור צעות ימיניות אמצעיות ללא סימני חבלה אזוריים

לב- קולות סדירים ללא אוושות מעט טאכיקרדית

בטן- רכה ללא רגישות ללא חבלות

בשתן ללא מאקרוהימוטוריה.

ישן אורטופד: מתהלכת ללא רגישות על החוליות, שמורה נירולוגית, ברך וקרסול ללא רגישות נפיחות או דפורמציה, מניעה בחופשיות.

בצילום ללא ממצא גרמי חריף

משוחררת אורטופדית

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקה גופנית

נבדק: ק

נסערת, אך חיונית ובמצב כללי טוב ללא מצוקה נשימתית

עור- שיפשוף בברך שמאל לא מדמם.

חזה- כניסת אוויר רטובה שווה ומלאה. רגישות באזור צעות ימיניות אמצעיות ללא סימני חבלה אזוריים

סודי רפואי		ת"ז: 301779724		שם: רחל וולמן	
מחלקה: מיון כירורגי		מקרה:			

לב- קולות סדירים ללא אוושות מעט טאכיקרדית
 בטן- רכה ללא רגישות ללא חבלות
 גפיים - בריכים ללא נפיחות, רגישות קלה בברך שמאל לטראלי. ללא נפיחות באזור הקרסוליים אך מלינה על רגישות בקרסול
 שמאלי
 גרמי- רגישות קלה בגב תחתון ללא דפורמציה ללא שיפשושים או המטומות

ביצוע תרופות				
צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	P.O
1500 mg	21/04/2018 14:45 צ'רניצנקו ולדימיר	Bolus, Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1500 mg	

סיכום

בת 29, רוכבת אופניים vs רכב חונה, לא חבשה קסדה, ללא חבלת ראש או איבוד הכרה, חבלות עיקריות ברך וגב תחתון.
 ללא תסמינים נירולוגיים, בטן תמימה ללא רגישות, נבדקה ע"י אורטופד ללא ממצאים גרמיים חריפים.
 משתחררת במצב כללי טוב מאוד, יציבה המודינמית ונשמטית, ללא צורך בהמשך בירוראישפוז במסגרת בית חולים.

המלצות בהמשך:

המלצות כלליות

המלצה: אנלגטיקה לפי הצורך.
 -קירור מקומי
 -נגד כאבים לפי הצורך (אופטליגין נזלי 1.5 ג' עד 3 פעמים ביום, אקמול 1 גר עד 4 פעמים ביום)
 -מעקב רופא מטפל לפי הצורך.
 -ביקורת אורטופד מטפל בקופ"ח בעוד שבוע, בכל החמרה לגשת לבדיקת רופא.
 חופשת מחלה: 7 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
שיוביץ נטע	אח/ות משחרר/ת	21/04/2018 17:39

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' לסינג יהונתן מ.ר. 1114797	רופא/ה משחרר	21/04/2018 17:37

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
 בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך ושעת ההדפסה: 17:40 21/04/2018

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

בקשת יעוץ

שם יחידה : מיון כירורגי	מנהל מחלקה : פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית : ד"ר נאוה גרוס
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : וולמן	שם פרטי : רחל	ת.ז. : 301779724
תאריך לידה : 01/11/1988	גיל : 29	טלפון : 052-7559711
מין : נקבה	גורם מממן : מכבי	כתובת : מאפו 8/6 תל-אביב- יפו 6357707

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 21/04/2018 14:35 מספר מקרה: 11652232

יעוצים

מבקש היעוץ:

בלומברג יונתן

מועד הבקשה:

21/04/2018 15:31

מופנה אל מחלקה:

מרפאה אורתופדית

תאריך ביקור מתוכנן:

21/04/2018

דחיפות:

רגיל

ניידות החולה:

על כסא גלגלים

הגדרת הבעיה:

בת 29, בריאה בדר"כ, לא נוטלת תרופות באופן קבוע, ללא רגישות תרופתית ידועה

היום הצהריים בזמן נסיעה באופניים נכנסה בדלת פתוחה של אוטו חונה. לא חבשה קסדה.
לדבריה ללא חבלת ראש או איבוד הכרה, אינה יודעת לספר את מנגנון החבלה. מתלוננת על
כאבים באגב התחתון ובברך שמאל.

בבדיקתה: נסערת, אך חיונית ובמצב כללי טוב.

עור- שיפשוף בברך שמאל לא מדמם.

גפיים - ברכיים ללא נפיחות, רגישות קלה בברך שמאל לטראלי. ללא נפיחות באזור הקרסוליים
אך מלינה על רגישות בקרסול שמאלי.

גרמי- רגישות קלה בגב תחתון ללא דפורמציה ללא שיפשופים או המטומות
חזה- כניסת אוויר רטובה שווה ומלאה. רגישות באזור צעות ימיניות אמצעיות ללא סימני חבלה
אזוריים

לב- קולות סדירים ללא אוושות מעט טאכיקרדית

בטן- רכה ללא רגישות ללא חבלות

בשתן ללא מאקרוהימוטוריה.

לבדיכתכם, תודה

השאלה ליעוץ:

נרשם ע"י דר' בן שבת דביר מ.ר. 1130312. מ.ר. 1130312

רקע כמפורט

בבדיקתי: מתהלכת ללא רגישות על החוליות, שמורה נירולוגית, ברך וקרסול ללא רגישות נפיחות
או דהפורמציה, מניעה בחופשיות.

בצילום ללא ממצא גרמי חריף

משוחררת אורתופדית

המלצות:

9

סודי רפואי

שם: רחל וולמן	ת"ז: 301779724	מקרה: 11652232	מחלקה: מיון כירורגי
---------------	----------------	----------------	---------------------

קירור מקומי
נגד כאבים

חתימה: _____

בית:

1. מסי' ת"ז _____
2. שם משפחה _____
3. שם פרטי _____
4. תאריך לידה _____
5. מסי' אישי _____
6. שם חאב _____
7. תאריך קבלה _____
8. גורם מפנה _____
9. חדש / חוזר _____

החולה: מתהלך ב כסא גלגלים באלונקה במוי

החולה: מתהלך ב כסא גלגלים באלונקה במיטה.

פרטים קליניים:

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נפילה
☐ כהריון
☒ חמצן
 מסכה / משקפיים
 ריכוז _____

חבדיקה תדרושה:

דגישות ל:

חתימת הרופא

תאריך

שם הטכנאי המבצע

שימוש בסרטים : 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

סח"א
דר' בלומברג יונתן
סטאדל (חפא)

Year	Total (%)	Male (%)
1950	45	40
1955	50	45
1960	55	50
1965	60	55
1970	65	60

סרטים מקולקלים : 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:



מס"ט - 450414586

11



שם הנהג : אלכסנדר רפופורט **חתימה :**



031577

12

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר פאר תמיר
 תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה
 כתובת: בן יהודה 82, תל אביב - יפו
 טלפון: 03-5243298
 פקס: 03-5222108

095096878

קוד הפניה:

ת.ז.: 301779724

טל.עבודה/נייד: 0527559711

מיקוד 63577

שם פרטי: רחל

טלפון: 0527559711

מין: נ

01/11/1988

שם משפחה: וולמן

ת.לידה:

מאפו 8, תל אביב - יפו

כתובת:



0301779724

פרטי הנבדק

התייעצות מומחה

- במכבי

נוירולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: לפני 3 ימים לדבריה נשע באופניים רגילות והתנקשה בדלת פתוחה של אוטו
 היתה במיון
 ללא שברים
 מאז חשה סחרחורות
 מוזמנת לארטופד
 שוללת הריון

ממצאים: מרא כללי משביע רצון
 כאב בצוואר בתנועות, ללא הפרעה נוירולוגית בבדיקה קפדנית

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- DIZZINESS

- TOBACCO USE DISORDER (03/10/2017)

מעשנ/ת: כן

בעיות ידועות:

רגישויות: לא ידוע על רגישות לתרופות

מטרת ההפניה: לבדיקתך אודה המלצתך

23/04/2018

תאריך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

אחות רפואית
 אסתר ארבל
 0527559711

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ. אסתר ארבל
 אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/04/2018 עד תאריך - 20/10/2018

13



031577

שם: ד"ר פאר תמיר

תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה

כתובת: בן יהודה 82, תל אביב - יפו

טלפון: 03-5243298

פקס: 03-5222108

פרטי הנבדק

שם משפחה: וולמן

שם פרטי: רחל

ת.ז.: 301779724

טל.עבודה/נייד: 0527559711

מיקוד 63577

טלפון: 0527559711

מין: נ

ת.לידה: 01/11/1988

מאפו 8, תל אביב - יפו

כתובת:



0301779724

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 22/04/2018 עד יום: 27/04/2018 סה"כ: 6 ימים.

23/04/2018

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

22.5.18
 חתימת הרופא
 חותמת הרופא

14



0312749096



031577

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר פאר תמיר
 תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה
 כתובת: בן יהודה 82, תל אביב - יפו
 טלפון: 03-5243298
 פקס: 03-5222108

097009547

קוד הפניה:

ת.ז.: 301779724

שם פרטי: רחל

שם משפחה: וולמן

פרטי הנבדק

טל.עבודה/נייד: 0527559711
 מיקוד 63577

טלפון: 0527559711

מין: נ

01/11/1988

ת.לידה:

מאפו 8, תל אביב - יפו

כתובת:



0301779724

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 15/05/2018 בשעה: 14:37 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 23/04/2018:
 לפני 3 ימים לדבריה נשע באופניים רגילות ו התנקשה בדלת פתוחה של אוטו

היתה במיון

ללא שברים

מאז חשה סחרחורות

מוזמנת לארטופד

שוללת הריון

15.05.2018 - כאב באיזור צלעות מימין

בנוסף וריד שכואב באורך וריד חזה בטן שטחי מימין

ממצאים: מרא כללי משביע רצון
 כאב בצוואר בתנועות, ללא הפרעה נורולוגית בבדיקה קפדנית
 כאב ומתחיות של וריד חיצוני בין חזה ובטן

אבחנה:

בעיות ידועות:

רגישויות: לא ידוע על רגישות לתרופות

מעשנות: כן

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

שלילה של אפיזודה כללית חריפה

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
 תוקף הפניה זו לתאריך 16/05/2018 בשעה 14:37:28

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

15/05/2018

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר פאר תמיר
 מומחה ברפואת המשפחה
 מס' רשוי 1577

יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה
 לקבלת התחייבות.

חבר מכבי

- ROAD ACCIDENT
- DIZZINESS
- THROMBOPHLEBITIS SUPERFICIAL
- TOBACCO USE DISORDER (03/10/2017)

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

ב"ח:

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

מס' ת"ז	30177972-4
שם משפחה	וולמן רחל
שם פרטי	מיכאל
תאריך לידה	15.05.18
מס' אישי	11668987
שם האב	מקרה
תאריך קבלה	
גורם מפנה	
חדש / חוזר	

1. מס' ת"ז
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מס' אישי
6. שם האב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. חדש / חוזר

☐ נידוד מגע
☐ שכנת נפילה
☐ נהריון
☐ חמצון
☐ סכנה / משקפיים
☐ כיסוי

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בכסא גלגלים ☐ באלונקה ☐ בגייטה ☐

פרטים קליניים:

חולה

במל"ח + 113 - חולה

הבדיקה הדרושה:

רגישות ל:

תאריך

שם הטכנאי המבצע

30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

שימוש בסרטים

:

תאריך בצוע הבדיקה

30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

סרטים מקולקלים

:



מק"ט - 450414586

תאריך ושעת ההדפסה: 16:21 15/05/2018

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

שחרור רפואי

שם יחידה : מיון אמבולטורי	מנהל מחלקה : פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית : ד"ר נאוה גרוס
טלפון : 03-6973575	פקס : 03-6974244	דוא"ל :

שם משפחה : וולמן	שם פרטי : רחל	ת.ז. : 301779724
תאריך לידה : 01/11/1988	גיל : 29	טלפון : 052-7559711
מין : נקבה	גורם מממן : מכבי	כתובת : מאפו 8/6 תל אביב- יפו 6357707

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 15/05/2018 14:58 מספר מקרה: 11668987

סיום טיפול במלר"ד : שחרור

תלונה עיקרית

לפני 3.5 שבועות נחבלה בצלעות תחתונות מימין תוך תאופניים
פנתה שוב עקב התגברות כאבים בצלעות והרגשה נפיחות מקומית

מצב טוב

יציבה המודינמי ונשימתי

סטורציה באוויר חדר 98%

רגישות ממוקמת בצלעות התחתונות מימין-אספקט הקדמי

כניסת אוויר שמורה ביטב, ללא חירחורים

התרחבות קלה בוריד תתעורי בדופן חזה מימין

בטן לא ניראת מעורבת

אוכלת, שוצה, סוגרים-כמו רגיל

צ.ב.ח וצלעות מימין-ללא סימני חבלה טריה אוישה

אבחנות במיון

- CHEST WALL INJURY (Right) (959.11) rt.chest wall contusion-21.04.18 posttraumatic pain local posttraumatic chest wall thrombophlebitis?

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
15:28 15/05/2018	121 / 66	87

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
15:28 15/05/2018	121 / 66	87	98

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
15:28 15/05/2018	121 / 66	87	98

סיכום

XXX

המלצות כלליות

17

סודי רפואי

שם: רחל וולמן	ת"ז: 301779724	מקרה:	מחלקה: מיון אמבולטורי
---------------	----------------	-------	-----------------------

המלצה: להמנע ממאמצים פיזיים 5-7 ימים
נגד כאבים כולל NSAID מקומי-דיקלופלסט
מעקב רפואי
במידה המשך כאבים-יעוץ מרפאת כאב-לשקול intercostal block
חופשת מחלה: 5 ימים.

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
לשם סמדר מ.ר. 9412	אח/ות משחרר/ת	15/05/2018 16:20

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר דרמן אלכסנדר מ.ר. 25790	רופא/ה משחרר	15/05/2018 15:44

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

18

מ.ר. גורם מפנה



031577

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר פאר תמיר
 תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה
 כתובת: בן יהודה 82, תל אביב - יפו
 טלפון: 03-5243298
 פקס: 03-5222108

פרטי הנבדק



0301779724

שם פרטי: רחל	שם משפחה: וולמן	ת.ל.י.:	ת.ז.:
טלפון: 0527559711	מיון: נ	ת.ל.י.:	ת.ז.:
מאפו 8, תל אביב - יפו	01/11/1988	טל.עבודה/נייד: 0527559711	מיקוד 63577

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 16/05/2018 עד יום: 21/05/2018 סה"כ: 6 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

15/05/2018

תאריך

ד"ר פאר תמיר
 מומחה לרפואת משפחה
 מס' רשיון 31577

191

מכון CT

הנדון: וולמן, רחל דורון, ת.ז: 301779724 גיל: 30 ש n0

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 07/11/2018

להלן ממצאי סריקה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד השדרה המותני:

סיבת הפניה: כאבים.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרזוחים הבינחולייתיים שמורים.
אין עדות לסטנוזיס ספינלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו ללא היצרויות.
האלמנטים האחוריים הודגמו שמורים.
שינויים ניווניים קלים במפרקים הסקרו-איליאקליים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי עם לחץ קל על השק התקאלי בגובה L4-5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן עם סימני לחץ קל על השק התקאלי בגובה L5-S1.

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

הוקלד על ידי: חן ויגדור
מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק CT 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 פקס שמספרו 03-7645229

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

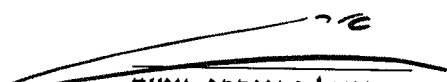
רחל וולמן - נגד - שומרה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, רחל וולמן, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב, במסגרת קופת החולים מכבי.

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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 301779724, מרחוב תל אביב, תל אביב,
ת.ז. מס' 24.4.94 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום
נגד 24.4.94 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 הכת, 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. להתנער 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.

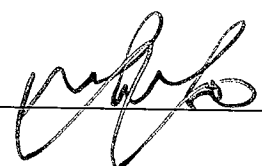
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

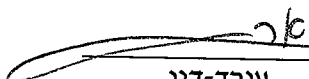
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 18 לחודש 7 שנה 2018

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	
_____	301779774	יה	חלון	
טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב
_____	_____	תל אביב	9	מאהל

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: מכונים, מעבדות:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1.</td> <td style="width: 20%;">2.</td> <td style="width: 20%;">3.</td> <td style="width: 20%;">4.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">1.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">4.</td> </tr> </table>	1.	2.	3.	4.					1.	2.	3.	4.
1.	2.	3.	4.										
1.	2.	3.	4.										

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____
תאריך: 19.7.18 עד לחתימה ומס' תע"ד אינאל פרייטג: _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ רחל וולן בעל ת.ז. 301779724 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 [חתימה]
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד רחל וולן מרחוב מלך המלכים 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום 11.7.0
הופיע/ה בפני רחל וולן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
301779724 ולאחר שהוזהרתי/ה 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.

עו"ד אריאל פרינברג
מס' רישוי 62254
חתימת עורך