

כתב קבלה ויתור ושחרור

מספר תביעה: 1557272

אני הח"מ ציון אליהו נושא ת.ז. 055418545 שכתובתי היא - השיקמה 9 (1) שוהם 0000000 (להלן "התובע ת/ת") מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 20/05/2020, או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה לטענתי תאונת דרכים (להלן "התאונה"), בה מעורב רכב מספר רישוי 4015269 אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/ או עקיפים.

והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם גילי אליהו (להלן "המבוטח/ת") וכן עם "איי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטחת"), לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור סופי ומלא של כל תביעותיי ודרישותיי 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 המבוטחים והמבטחת (להלן "הנתבעים") באמצעות עו"ד איי.די.איי. הינו סך של 10936.00 ₪ (עשרת אלפים תשע מאות שלושים ושישה שקלים שקלים חדשים) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום") וחתומתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו. הסכום ישולם תוך 30 יום מקבלת כתב הסילוק החתום במשרדי אי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ ובכפוף לזכות הקיזוז של חברתנו בקשר עם כל חוב שיש לך כלפינו וכן לכל זכות של צד ג' מכוח הדין.
2. תמורת הסכום וקבלתו, הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחל/ת באופן סופי ומוחלט, על כל זכויותיי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין סוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, ע"פ כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, וע"פ כל חיקוק שיתקן וגם/ או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד ואין לי ולא תהינה לי תביעות מכל מין וסוג כלפי הנתבעים ו/או כל נושא משרה ו/או בעל תפקיד בהם ו/או מי מטעמם.
3. מוסכם עלי בזאת כי אין בתשלום ו/ או בקבלתו משום הודאה בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או בתביעות התובע/ת מכל סוג, לרבות טענות בדבר עצם החבות ו/או האחריות ו/או הכיסוי הביטוחי וראשי הנזק הנטענים ואין בו כדי לגרוע מטענות הנתבעים, לרבות טענת התיישנות ו/או כדי הפסקת מירוחץ ההתיישנות במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958.
4. מוצהר בזאת כי הסכום כולל תביעות מיטיבים למיניהם, לרבות פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז למעט האמור בסעיף 6 להלן.
5. א. ידוע לי כי הפיצויים ע"פ מסמך זה מבוססים על כך שהתאונה לא הוכרה על ידי המוסד לביטוח לאומי כ"תאונת עבודה".
ב. אני מצהיר/ה ומתחייב/ת כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי (להלן "המל"ל") הכרוכות או הנובעות מהתאונה הנ"ל, ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה, לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור, פנייה בתביעה למחלקת נפגעי עבודה ו/או למחלקת סיעוד ו/או מחלקת נכות כללית.
- 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/ת להשיב לנתבעים עם דרישה כל סכום שקיבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי/ת לקבל מהמל"ל עקב התאונה.
- ג. הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומסכימ/ה בזה כי אם אקבל מהמל"ל תשלום, תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה מעבר לאמור בסעיף 5 לעיל, הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח לאומי (נוסח משולב) התשנ"ה - 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למל"ל לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי ע"פ שטר קבלה זה.
6. הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים, או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה שתוגש, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד, למעט כל תשלום וכל הוצאה

בגין שירותים רפואיים שקיבלתי הכלולים בסל הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 והנובעים מהתאונה, ככל ואקבל החבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבטחים על פי דין.

7. סכום השיפוי מוגבל לסכום הפיצוי כאמור בסעיף 1 לעיל.

8. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרותיי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באתי על החתום היום: 29.9.21 תאריך
31 חתימה

אני הח"מ: אילן פתיה עו"ד, מאשר בזה כי מסמך זה נחתם בפני ע"י 31/9/21 (התובע/ת), ת.ז. מספר 055419545, מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי וזה לאחר שהקראתיו בפניו והסברתי היטב את תכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו.

29.9.21 תאריך
אילן פתיה עו"ד, חתימה

~~עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254~~



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

P-P-206087191 - פניה לעורך דין [מס' פניה]

1 message

אורטל לוי חשאי - ביטוח ישיר <ortal.levi-hashai@5555555.co.il>
To: frei.ariel@gmail.com

Tue, Sep 14, 2021 at 1:43 PM



עו"ד אריאל שלום,

הנדון מספר תיק: 1557272, מספר פוליסה: 1093848102, מספר רכב: 4015269 ע"ש ציון אליהו

מדובר בנפגע בן 61 לא עובד
עם עבר אורטופדי ושינויים ללא קשר לתאונה

לגבי הטענה לאא"ג תשומת הלב כי התלונה הראשונה היא רק בחודש 03/21 (מעל 9 חודשים מהתאונה) וגם בה
מצוין מזה חצי שנה

כמו כן אין סיכום טיפולי פיזיותרפיה (צורפה רק רשימת 4 טיפולים עתידיים לאחר 10 חודשים מהתאונה)

מכל מקום מצ"ב שטר סילוק משופר וסופי

בברכה,
אורטל לוי חשאי, עו"ד
אגף תביעות ופרויקטים



052-9431458

www.555.co.il

כמפורט בתקנון החברה באתר, תכתובת בין החברה לבינך באמצעות הדוא"ל משמעה הסכמה מצידך כי משלוח מידע ע"י החברה באמצעי זה מהווה מסירה שלו לידך לכל דבר ועניין וכן הסכמה להתכתבות כזו גם בנושאים רגישים (לשינוי בחירתך לגבי תכני התכתבות בדוא"ל נא להיכנס לאזור האישי שלך באתר החברה); כי החברה אינה אחראית אם המידע לא התקבל ו/או לא נקרא על ידך מכל סיבה שהיא שאינה תלויה בחברה ו/או בכל מקרה שהמידע נחשף ו/או שונה ו/או שנעשה בו שימוש לרעה על ידי צד שלישי; כי סוג המידע והשירותים שניתן יהיה לקבל באמצעות דוא"ל ייקבעו על-ידי החברה מעת לעת ועל פי שיקול דעתה הבלעדי; כי תוכן הדוא"ל כפי שנשמר במשרדי החברה הוא המחייב; כל בקשה שתועבר על ידך באמצעות הדוא"ל, לרכישת מוצרי ביטוח של החברה או לשינוי תנאים במוצרים קיימים, כפופה להסכמה ואישור של החברה בהתאם לתנאי החיתום והתנאים המפורטים בפוליסה והתחייבויות החברה והמבוטח זה כלפי זה יוכרעו לפי תנאי הפוליסה המלאים בלבד; אם תכתובת זו הגיעה אליך בטעות, הנך מתבקש ליידע אותנו בהקדם במייל חוזר ולמחוק את ההודעה וכל העתק שלה ואין להעביר אותה לכל אדם אחר, להפיצה או לשכפלה; כל גילוי, פרסום, הפצה, העברה, העתקה או כל שימוש אחר במידע אסורים בהחלט; (ט.ל.ח).

(כ.סילוק לעו"ד) (לא מלל).pdf
155K

תאריך: 14/09/2021
פוליסה: 1093848102
אסמכתא: 90831543
ביטוח: רכב, צד ג', פרטי

מבלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

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

א.ג.נ.,

הנדון: תביעה 1557272
מרשך: ציון אליהו
ת.ד. מיום: 20/05/2020

בהמשך למכתבך מיום 18/08/2021, בהתייחס לתאונה שבנדון ולאחר בחינת נסיבות התאונה ותוצאותיה, הננו נכונים לפצות מרשך בסך כולל של 10,936 ₪ (הסכום במילים: עשרת אלפים תשע מאות שלושים ושישה שקלים). סכום זה כולל שכ"ט ומע"מ כחוק. רצ"ב כתב סילוק בהתאם.

אנא העברי/ את כתב הסילוק חתום לכתובת המייל ortal.levi-hashai@5555555.co.il, או לפקס מספר 03-5480370, או בדואר על פי כתובתנו.

עם קבלתו נדאג להסדרת התשלום.

טלפון ישיר: 03-5654236

בכבוד רב,
אורטל לוי חשאי, עו"ד
ortal.levi-hashai@5555555.co.il
אגף שרות ולקוחות

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

נשלח כפקס ידנית ✓

26.4.21 ✓

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
אורטל לוי חשאי, עו"ד
ישיר חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 20.5.20, מ"ר 40-152-69
הנפגע: ציון אליהו, ת"ז 0554185845
מס' תביעה: 1557272

1. מצ"ב תיעוד רפואי נוסף.
2. כפי שניתן להיווכח מהתיעוד למרשי טענה לנכות בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי ובתחום האף, אוזן וגרון.
3. על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה, אודה לקבלת שמות מומחים מוסכמים, ולחילופין, הצעה ריאלית המגלמת סיכוי לנכות.
4. אודה לעיוןך ולקבלת עמדתך בחוזר על מנת לכלכל את צעדי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

בדיקת שמיעה

תאריך: 16.3.21

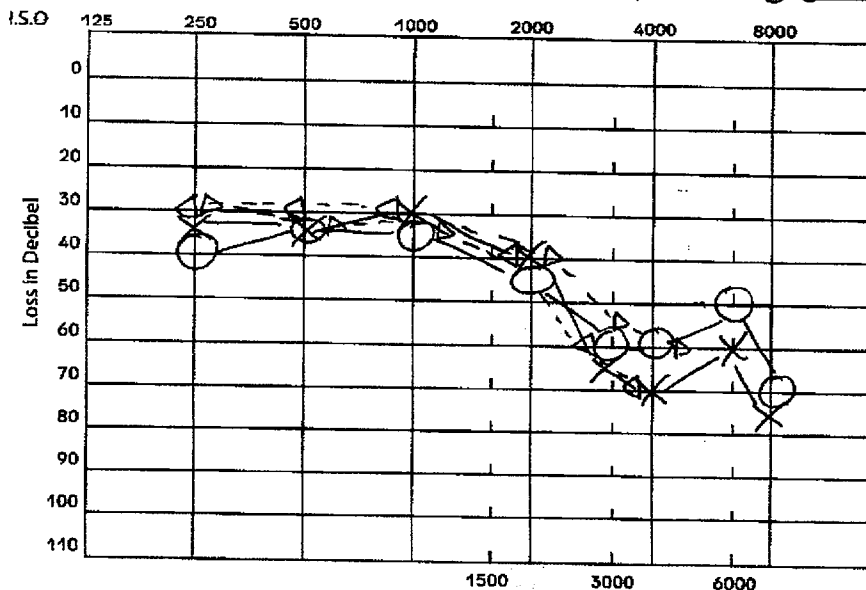
שם: אליהו ציון ת.זהות: 055418545 שנת לידה: 1958

קופ"ח: כלל הרופא המפנה: ד"ר ברוך ציון

כתובת: בקעה 9 שם טלפון: 050-4342224

אנמנזה: רציתי לבדוק כי-10 חודשים ת"ב שאחריה נחשתי ירידה בסיבולת באוזן ימין ובאוזן

שמיעה. לא סתמתי. לא חשתי אצל



Speech Audiometry	Rt	MASK	Lt	MASK
S.R.T.	30		30	
DISC %	92%		96%	
D.B.	65		65	
TOLER				
M.C.L.				
D.O.V				

שפה: עברית סרטי דיבור

TYMPANOMETRY

	ECV נפח	Peak Press	Type
Right			
Left			

הבדיקה	אוזן שמאל כוח	אוזן ימין כוח
הולכת אוויר	X - X	O - O
הולכת אוויר הוא הנגדית ממוסכת	□ - □	Δ - Δ
לא נשמע	↓	↓
הולכת עצם	◁ ▷	▷ ▷
הולכת עצם הוא הנגדית ממוסכת	◁ ◁	▷ ▷
weber	→	←

סיכום והמלצות: באוזן ימין ירידה SN קלה עד בינונית - חלודה
באוזן שמאל ירידה SN קלה עד חלודה
אנליז: לחצי לחצו אקוסט
מסקה ראשית
ניתן לשקלל שקל ראשית

קלינאית תקשורת: חותמת
נומר זינגר
קלינאית תקשורת
13-155090

חתימה

אודיומטר GSI-16
מכון השמיעה אורתופון בני ברק
מרכז ארבעספלד
קלינאית תקשורת
13-137969

תאריך: 10/03/2021
שעה: 15:43
דף: 1

שירותי בריאות כללית - מחוז מרכז
מכון פיזיותרפיה - שוהם מ. פיזיותרפי

הזמנה לטיפול

מספר זהות: 5541854

המבוטח: ציון אליהו

<u>תאריך</u>	<u>יום</u>	<u>שעה</u>	<u>חדר</u>	<u>מטפל/ת</u>	<u>סוג בקור</u>
10/03/2021	ד	14:10	1	ג'ו ויסטריך	רגיל - חדש
10/03/2021	ד	15:50	1	שרית חודדוב	חוזר
21/03/2021	א	14:20	1	ג'ו ויסטריך	חוזר
21/03/2021	א	14:50	1	שרית חודדוב	חוזר

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון: 03-9775313

כתובת המרפאה: תרשיש 1 (פינת עמק איילון) שוה
אוטובוסים:

הנך מתבקש/ת להצטייד בכרטיס מגנטי ולהקפיד על שעת ההזמנה.
נא בדוק/י אם הנך חייב/ת בתשלום, לפני כניסתך לרופא/קבלת שרות.

כללית

כללית מחוז מרכז

שם בית החולים/המכון פיזיותרפיה שוהם

טלפון: 03-9775313

שם המחלקה/המרפאה

אישור על ביקור במרפאה

11/3

אני מאשר/ת כי

(שם פרטי ומשפחה)

15:00

ביקור/ה היום במרפאתנו בשעה

למטרת ☐ ביקור אצל רופא/ה

☐ אחר

כללית

10/3/20

כללית מחוז מרכז

מכון פיזיותרפיה שוהם

טלפון: 03-9775313

חתימה וחותמת

ט"א" ט. 1828. מ. 44. ב. 96006

תאריך: 03/03/2021

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

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	משה
00-05541854-5	62.03	04/12/1958	משה	שם האב	8
שקמה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון
9	4342224	50	9236989	8	5125

תאריך תאונה: 20/05/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35125325227

רשיון רופא

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5125

035125325227

55418545

025261

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: מאז ת.ש. סובל מכאבים בכתף ימין עם הקרנה ליד ימין, כאבי צוואר מרגיש אי יציבות והליכה, ציפופים באוזניים, כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל ברקע:
ת.ד. 20.05.2021: פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טיניטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.
צ. ע.ש צווארי 09.06.2020:
טרטיקוליס קל שמאלה, יישור לורדוזיס, שינויים נונים ב C4-5-6-7

סימנים חיוניים: גובה 184 משקל 90 27/10/2020 26.58 bmi

לחץ דם 136 / 76 21/05/2020

דופק 72 17/03/2019

eGFR 104.57 מתאריך: 05/07/2020

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

ה.ה.ר. 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

אליהו ציון

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

רגישויות
ולאו תופעות לוואי

מידע ישן

לא ידוע

מידע ישן

לא ידוע

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200

ממצאים קליניים

הגבלה בתנועות יד ימין לפי מלע ואחורה
רגישות שרירי צוואר תנכות מלאות צוואר ידיים ורגליים. בדיקה נוירולוגית תקינה.
08/06/2020
03/03/2021

ד"ר מירה וולבובסקי

25261

שם הרופא

מספר רשיון

מחוז פתח תקוה וחולות הרופא

מחוז פתח תקוה וחולות הרופא
מ.ר. 28261
ד"ר מירה וולבובסקי
מחוז פתח תקוה וחולות הרופא
מ.ר. 28261
מחוז פתח תקוה וחולות הרופא
מ.ר. 28261

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר הרשיון

ממצאים עיקריים

הגבלה בתנועות יד ימין לפי מלע ואחורה

רגישות שרירי צואר תנוכות מלאות צואר ידיים ורגליים. בדיקה נוירולוגית תקינה.

:08/06/2020

:03/03/2021

אבחנה

איפיון

8470

3883

ROAD 20/05/2020 A80

7242

RT L08

ההפניות שהופקו ב 08/06/2020:

הפניה לדימות - 78184-צילום עמוד שדרה צווא

:03/03/2021

בעיה

איפיון

מ.גילוי

01/01/2000

ז/א תופעות לווא'

רגישויות נוספות

ל'א ז'ט'

תולדות עבר

א'פ'י'

מ.גילוי

מ.ס.י

SMOKER

01/01/1978

01/01/1978

25261

ד"ר מירה וולבובסקי

מספר רשיון

שם הרופא

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

1000

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

הפניה לדימות

03/03/2021

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

אליהו ציון

03/03/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	62.03	ז	04/12/1958	משה
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
שקמה	9	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	8 - 9236989
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	8 - 9236989

20/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35125325225

גורם שולח



5125

מספר הפניה



035125325225

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



025261

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

לכבוד: US כתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US כתף ימין	10405031

המטופל מתלונן על מאז ת.ש. סובל מכאבים בכתף ימין עם הקרנה ליד ימין, כאבי צוואר מרגיש אי יציבות והליכה, ציפצופים באוזניים כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל ברקע:

ת.ד. 20.05.2021: פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טיניטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.
 צ.ע.ש צווארי 09.06.2020: טרטיקוליס קל שמאלה, יישור לורדוזיס, שינויים נומים ב C4-5-6-7

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 27/10/2020 משקל 90 נמדד ב: 27/10/2020 BMI 26.58

לחץ דם 136 /76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

05/07/2020 מתאריך 104.57 eGFR

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

03/03/2021

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

אליהו ציון

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מ"ר אולשה מירב - שוהם
מחוז: מרכז

תאריך 04/03/2021

הפניה למכון שמיעה

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי
אלה ציון
שם
שקמה
שוהם
ישוב
מס זהות
מס בית
גיל
מין
ת. לידה
שם האב
טלפון
טלפון
טלפון
8
9236989
50
4342224
62.03
00-05541854-5
04/12/1958
משה

מספר הפניה ישירה: 32887001975

גורם שולח



2887

מספר הפניה



032887001975

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



023777

לכבוד: מכון שמיעה

שירות שנבחר
קוד
קוד
שירות
משה"ב
75007
92557
בדיקת שמיעה מקיפה
תיאור רפואי
שירות
רפואי
75007

אבחנה משוערת

קוד
אפיין
3883

TINNITUS

אבחנה

תלונות
מזה כחצי שנה צפצופים באוזניים יותר מימין, היה מעורב בתאונת דרכים לפני
כחצי שנה היו לדבריו מכות יבשות במקומות שונים בגוף לא נבדק במיון, אלא
אצל רופאת משפחה לאחר מכן.

ממצאים בבדיקה אוזניים- תעלות ותופיות תקינות

23777

ד"ר אולשה מירב

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך 03/03/2021

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

פרטי המטופל					
אליה ציון	00-05541854-5	62.03	04/12/1958	משה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב	
שקמה	9		4342224	9236989	8
ישוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 20/05/2020

מספר הפניה: 35125325228

גורם שולח



5125

מספר הפניה



035125325228

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



025261

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה מאז ת.ש. סובל מכאבים בכתף ימין עם הקרנה ליד ימין, כאבי צוואר מרגיש אי יציבות והליכה, ציפצופים באוזניים. כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל ברקע:
ת.ד. 20.05.2021 פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טיגיסוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.
צ. ע.ש צווארי 09.06.2020
טרטיקוליס קל שמאלה, יישור לורדוזיס, שינויים נורמליים ב C4-5-6-7
CT ע"ש מותני 20.07.2020
L3-4: בלט דיסק הקפי קל, נושק לשק התקאלי
L4-5: בלט דיסק הקפי קל, נושק לשק התקאלי
L5-S1: שינויים נורמליים בדיסק עם אפקט וקאם, היצרות מרווח בלט דיסק הקפי קל, נושק לשק התקאלי
היצרות תעלה ספינלית במידה קלה על ידי בלט דיסק

סימנים חיוניים: גובה 184 27/10/2020 משקל 90 27/10/2020 bmi 26.58

לחץ דם 136 / 76 21/05/2020

דופק 72 17/03/2019

סה"כ 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

אליה ציון

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

רגישויות
ואז תופעות לוואי

לא ידוע

מידע ישן

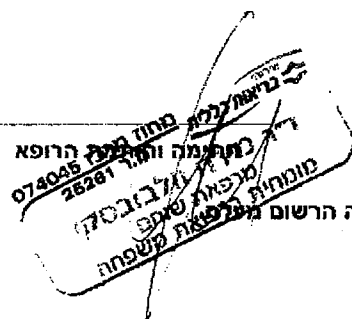
לא ידוע

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
FOLIC ACID TAB 5MG 5MG	1	טבליות	1	ביום
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200	7	טיפות	1	ביום

ממצאים קליניים
הגבלה בתנועות יד ימין לפי מלע ואחורה
רגישות שרירי צוואר תנועות מלאות צוואר ידיים ורגליים. בדיקה נייטרולוגית תקינה.
08/06/2020
03/03/2021



25261

ד"ר מירה וולבובסקי

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר.0

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 20 יולי, 2020

טלפון: 03 - 5772555

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדקת: אליהו, ציון
תאריך בדיקה: 08/07/2020
כתובת: שוהם, שקמה
גורם מפנה: חמרכז
מדפיסה: מל
לכבוד
הרופא המטפל
ד"ר נכבד,

ת.ז.: 055418545

טלפון: 054 - 4310134 050 - 4342224
רופא מפנה/מטפל: וולבובסקי מירה

0009

לחץ ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד השדרה המותני והסקרלי בגבהים L1-S1:

הבדיקה בתצעה בהתאם אקסיליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שחורים.

אין בידינו בדיקות קודמות לשם השוואה.

שינויים ספונדילויטיים מתונים דיפוזיים, עם יצירת אוסטאופיטים קדמיים וצדדיים קטנים בגופי החוליות.

גובה החוליות שמור.

מבנה גרמי ללא ממצא חשוד.

שינויים ניווניים קלים במפרקים הסקורואיליאקליים דו-צדדי.

מוקדים סקלרוטיים בעצם האיליאק מימין ובגוף החוליה L4 בקוטר עד 6 מ"מ – ייתכן איים גרמיים.

שינויים ספונדילוארטרוטיים במפרקים הפצטליים, בולטים יותר בגובה L3-S1.

בגובה L1-L2: הנמכת המרווח הבין-חולייתי.

אין עדות לבקע דיסק.

הנוירו-פורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה L2-L3: אין עדות לבקע דיסק.

הנוירו-פורמינות ותעלת השדרה בקוטר ונקין.

בגובה L3-L4: בלט דיסק היקפי קל, נושק לשק התקאלי.

הנוירו-פורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

לנבדקת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בחקדם אל הרופא/ה המפנה/המספלת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

ד"ר זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2

סניף מזר בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 20 יולי, 2020

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 055418545

ציון,

אליהו

שם נבדק/ת:

תאריך בדיקה 08/07/2020

בנובה L4-L5: בלט דיסק היקפי קל, נשק לשק התקאלי ומצר במידה קלה את הפורמינה הנוירלית מימין. תעלת השדרה בקוטר תקין.

בנובה L5-S1: שינויים ניווניים בסחוס הדיסקי, עם תופעת האקום והיצרות המרווח הבין-חולייתני. אי סדירות ושינויים סקלרוטיים בלוחיות הדיסקליות הסמוכות. בלט דיסק אוסטאופיט קומפלס, עם לחץ קל על חשק התקאלי והיצרות הפורמינה הנוירלית משני הצדדים. היצרות התעלה הספינלית במידה קלה ע"י בלט דיסק אוסטאופיט קומפלס והיפרטרופיה פצטלית וליגמנטרית.

בברכה,

ד"ר אלונה אפרת

מומחית לרדיולוגיה אבחנתית

מ.ר. 98584 מ.ר.מ. 3301

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

שעה	תאריך	מס
		11
		12
		13
		14
		15
		16
		17
		18
		19
		20

שעה	תאריך	מס
	10.3.21	1
14:10	10.3.21	2
15:10	10.3.21	3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10

כלית סט
ר"י טבכ למחמה

שם בית החולים/המחוז

שם המחלקה/המרפאה

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי 3 ין אלה
(שם פרטי ומשפחה)

ביקרה/ה היום במרפאתנו בשעה 14:50 7

למטרת ☐ ביקור אצל רופאה

אחר ☐

כלית סט
מרכז מחוז מרכז
מכון פליותרפיה שוהם
טלפון: 03-9775313

חתימה וחותמת

ס"א 0 1828 0 44 0 98006

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 26/04/2021 15:19
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	26/04 15:15
FAX NO./NAME	5480370
DURATION	00:04:25
PAGE(S)	14
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

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

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

26.4.21

לכבוד
 אורטל לוי חשאי, עו"ד
 ישיר חברה לביטוח בע"מ
 מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 20.5.20, מ"ר 40-152-69
הנפגע: ציון אליהו, ת"ז 0554185845
 מס' תביעה: 1557272

1. מצ"ב תיעוד רפואי נוסף.
2. כפי שניתן להיווכח מהתיעוד למרשי טענה לנכות בתחום האורתופדי, בתחום הנירולוגי ובתחום האף, אוזן וגרון.
3. על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה, אודה לקבלת שמות מומחים מוסכמים.

תאריך: 28/02/2021
פוליסה: 1093848102
אסמכתא: 86823339
ביטוח: רכב, צד ג', פרטי
מבלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות



RR86823339



0842

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

הנדון: עדכון מצב מסמכים לטיפול

באירוע מספר: 1557272
אירוע מיום: 20/05/2020
שם התובע: ציון אליהו

שלום רב,

בהמשך לפנייה אלינו לפיצוי בגין נזקי גוף שנגרמו ביום 20/05/2020 ולצורך המשך בירור וטיפול בפנייה, מבלי להכיר באחריות ו/או בחבות, ברצוננו לעדכן לגבי המסמכים לבירור הפנייה.

שם המסמך	תאריך קבלה	מצב המסמך
יפוי כוח	26/01/2021	תקין
מלוא התיעוד הרפואי הנוגע לתאונה	26/01/2021	תקין
טופס ויתור על סדיות רפואית כשהוא חתום על ידי מרשך	26/01/2021	תקין
צילום רישיון נהיגה משני צדדין בתוקף ליום האירוע, של הנהג ברכב בזמ התאונה	26/01/2021	תקין
צילום המחאה/דף חשבון מעו"ד	טרם התקבל	
מכתב כללי	טרם התקבל	מרבית המסמכים הרפואיים מתייחסים לבעיה ברגליים ובקע מלפני התאונה, למעשה רק שני ביקורים מלמחרת התאונה ומיום 08.06.20 מתייחסים לתאונה, ככל וקיים תיעוד רלוונטי נוסף לתאונה נא העבר למייל או לפקס 03-5480370

לתשומת לבך, קבלת המסמכים המפורטים לעיל הינה הכרחית ורק עם קבלתם נמשיך טיפולנו בבירור התביעה.

דרכי משלוח

ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות דוא"ל למייל scan@yashir.co.il או בדואר על פי כתובתנו.

למען הסר ספק יובהר, כי אין באמור במכתבנו זה משום הכרה באחריות ו/או בחבות לתביעה שבנדון.

התיישנות



לידיעתך, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים לאחר קרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 5(א) לחוק חחה ביטוח, התשמ"א-1981, בהתאם לתנאי הפוליסה ונספחיה ובכפוף לכל הארכה ו/או סייג הקיימים בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 (להלן: "חוק ההתיישנות").

ברצוננו לציין כי פנייתך אלינו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק עם הגשת תביעה לבית המשפט המוסמך.

מידע ללקוח

לידיעתך, מערכת כללים הינו מסמך המפרט את תהליך הטיפול בתביעתך תוך יצירת שקיפות מרבית החל משלב הדיווח על הנזק, דרך שלבי הטיפול השונים ועד לסיומה, במטרה לסיים את הטיפול בצורה המהירה והטובה ביותר. ניתן לצפות במסמך באתר החברה :

www.555.co.il/clients/tfasim

במידה והנך נתקל בקשיים בצפיה באתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אלייך אותם באמצעות הדואר או המייל לפי בקשתך.

לידיעתך הליך יישוב תביעות הינו מסמך המפרט זכויותיך בעת תהליך יישוב התביעה כולל הנחיות מה עליך לעשות ומהן זכויותיך על פי הפוליסה או הדין.

ניתן לצפות במסמך באתר החברה :

www.555.co.il/clients/tfasim פירוט הליך יישוב תביעה

במידה והנך נתקל בקשיים בצפייה בקבצים באתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אלייך אותם באמצעות הדואר או המייל לפי בקשתך.

פנייתך לחברתנו הינה מכוח פוליסה 1093848102.

אם ברצונך לקבל מידע על פוליסות נוספות שלך בחברתנו, לרבות בחינת מימוש זכויותיך, ניתן לפנות לאזור האישי באתר www.555.co.il/clients/tfasim או לאתר "הר ביטוח" של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון <https://harb.cma.gov.il>.

נשמח לעמוד לשרותך בכל עת באתר האינטרנט <http://555.co.il>, או בכתובת המייל המצויינת מטה.

אנו מתחייבים להמשיך ולעשות כל מאמץ לספק לך את השירות הטוב ביותר.

בכבוד רב,
אורטל לוי חשאי, עו"ד
ortal.levi-hashai@5555555.co.il
אגף תביעות
א.י.די.איי. חברה לביטוח בע"מ



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

26.1.21

להלן

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
ישיר חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 20.5.20, מ"ר 40-152-69
הנפגע: ציון אליהו, ת"ז 0554185845

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

1. בתאריך 20.5.20, היה מעורב הרכב שבנדון אשר היה נהוג על ידי מרשי בתאונת שרשרת בקינמטיקה קשה ומרשי נחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב צילום רישיון נהיגה, אישור מצב תביעות ותמונות, מסומנים "1 - 5"

2. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגפיים, הפרעות בשמיעה וטינטון פנה מרשי לקבלת טיפול רפואי שם הומלץ לו על המשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע בדיקת הדמיה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "6 - 9"

3. מחמת הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם, החמרה ניכרת של הבקע המפשעתי ממנו סבל הוחלט להפנותו לביצוע בדיקות מקיפות ובדיקת CT שביצע הדגימה איבוד של הלורדוזיס, היצרות תעלה ודיסקופטיה בגובה S1-L5.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 17".

4. מרשי המשיך במעקב הרפואי, ביצע בדיקת EMG והופנה לביצוע בדיקות נוספות, טיפולי רפואה משלימה (אותם לא יכול היה לעשות עקב מגפת הקורונה), נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "18 - 23"

5. מאז התאונה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהחמרה בבקע ממנו סבל, מקושי בהליכה, ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בעליה וירידת

מדרגות, מטינטון ומהפרעות בריכוז ומקשיי שינה. הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי ויזדקק לו גם בעתיד.

6. מחמת התאונה מתקשה מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת מוגברת ולהוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות כמו גם מהוצאות לצרכי ניהול משק ביתו.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים רפואיים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך 85,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

8. מכתבי זה מוגש על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה, ככל והמו"מ לא יצלח בתוך 60 יום לא יהיה בידי מנוס, אלא, לפנות בתביעה.

9. 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 וניתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
	055498545	113	1716
טלפון	מיקוד	עיר	מס
		9	9
		לפ	רחוב

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 חולח 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 חנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תוק שפנתה 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 אף 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 תגנת 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:

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 קודמות: _____

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

תאריך: 21.1.21 עד לחתימת ומס' **אריאל פרייברג** (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 62254

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

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

י פ ו י כ ח

17/10 11/3
אני הח"מ, מס' 055419395, מרחוב, לקד"ר 9, 1010, 9
ת.ז. מס' _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ לחיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המיניל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין המיניל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חרדעה, טענה, תובענה או כל חליף אחר הנוגע או הנובע מחליף המיניל 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 המיניל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין המיניל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות המיניל 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. לחתום בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים המיניל, לרבות חוצאות ביו"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנוגע מהענין המיניל.
11. לחודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחרות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, חצירה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה המוכרת ע"י החוק וליתן חצירות, 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 ברישומן או במחיקתן של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

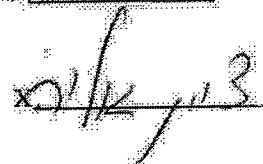
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום: פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מתן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנחל את עניני הנ"ל לפי דאות 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 ולחיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 21 לחודש 1 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


מס' ע"ד שיק: 62254

10/11/20

9145

לכבוד

גילי אליהו
משפחת אזולאי
מצפה 57
שוהם 6082147

הנדון: מצב תביעות לפוליסה 1093848102

בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאי חוזה לביטוח רכב פרטי),
התשמ"ו-1986, להלן פירוט התביעות ששולמו/הוגשו לחברתנו על ידי
או בגינך, עד לתאריך מכתב זה, בגין ביטוח רכב רכוש.
תאריך תחילת הפוליסה שבנדון ביום 01/08/19 וסיומה ביום 31/07/20.

מספר רישוי	40-152-69
מספר התביעה	1480158
תאריך הארוע	20/05/20
סכום פיצוי למבוטח	0
סטטוס התביעה	סגור
הערות/סוג נזק תאונת	שרשרת
סוג כיסוי	צד ג'
התקבל שיבוב?	לא
תשלומים לצד ג'	82731
ירידת ערך	0

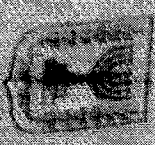
בתקופה זו הנהג העיקרי בפוליסה היה ציון אליהו
מספר תעודת זהות 055418545

בכבוד רב,

איל.די.איל.
חברה לביטוח בע"מ

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



1. **אלהו**
ELYAHU

2. **זיון**
ZION

3. 04.12.1958

4a. 22.12.2010

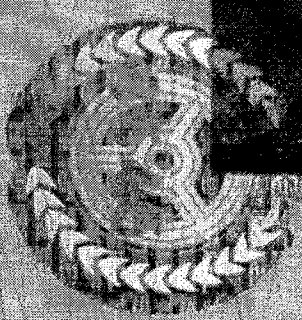
4b. 04.12.2020

4d. 0248666

5. **ID 055418545**

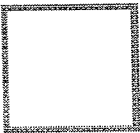
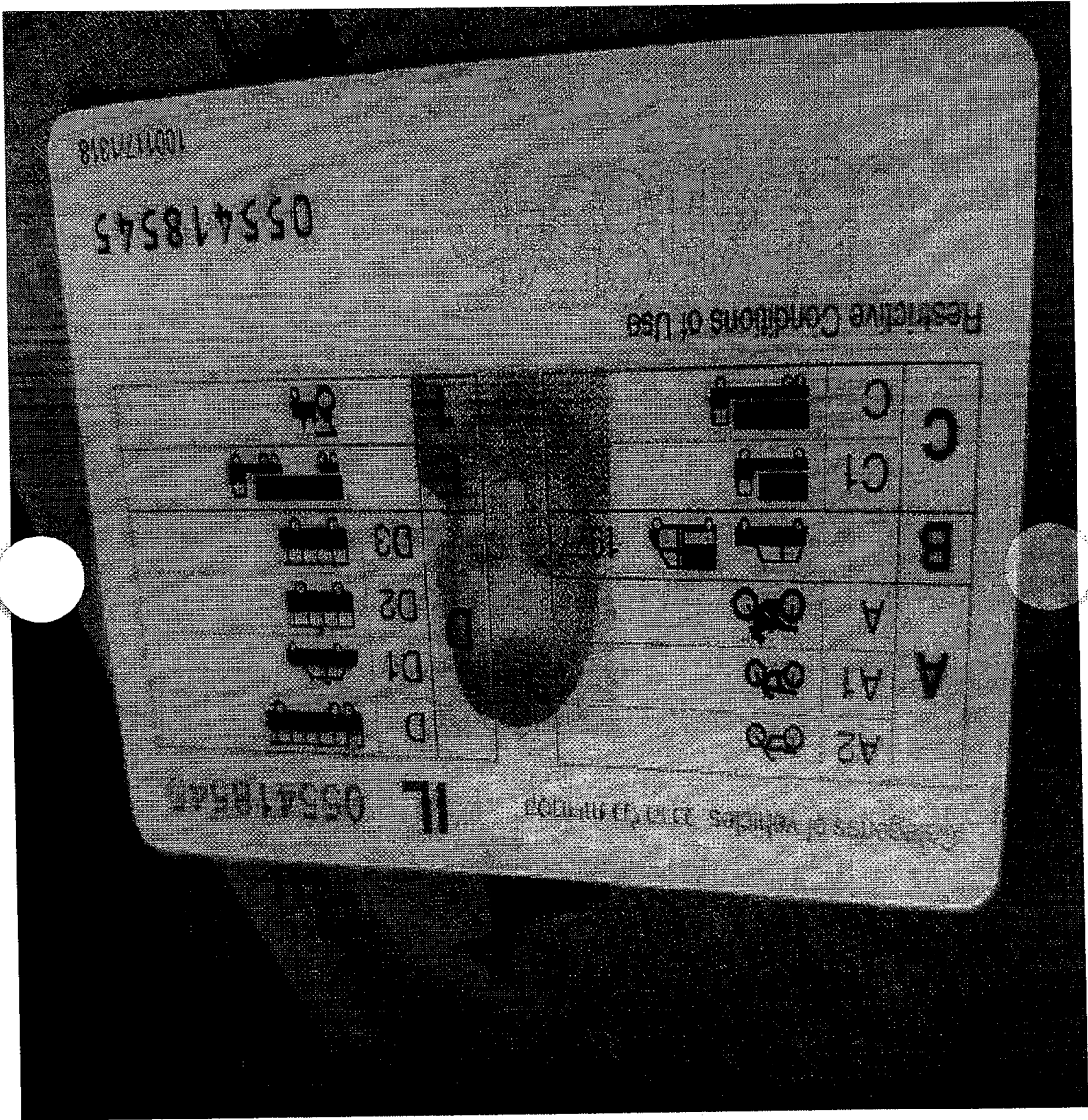
8545

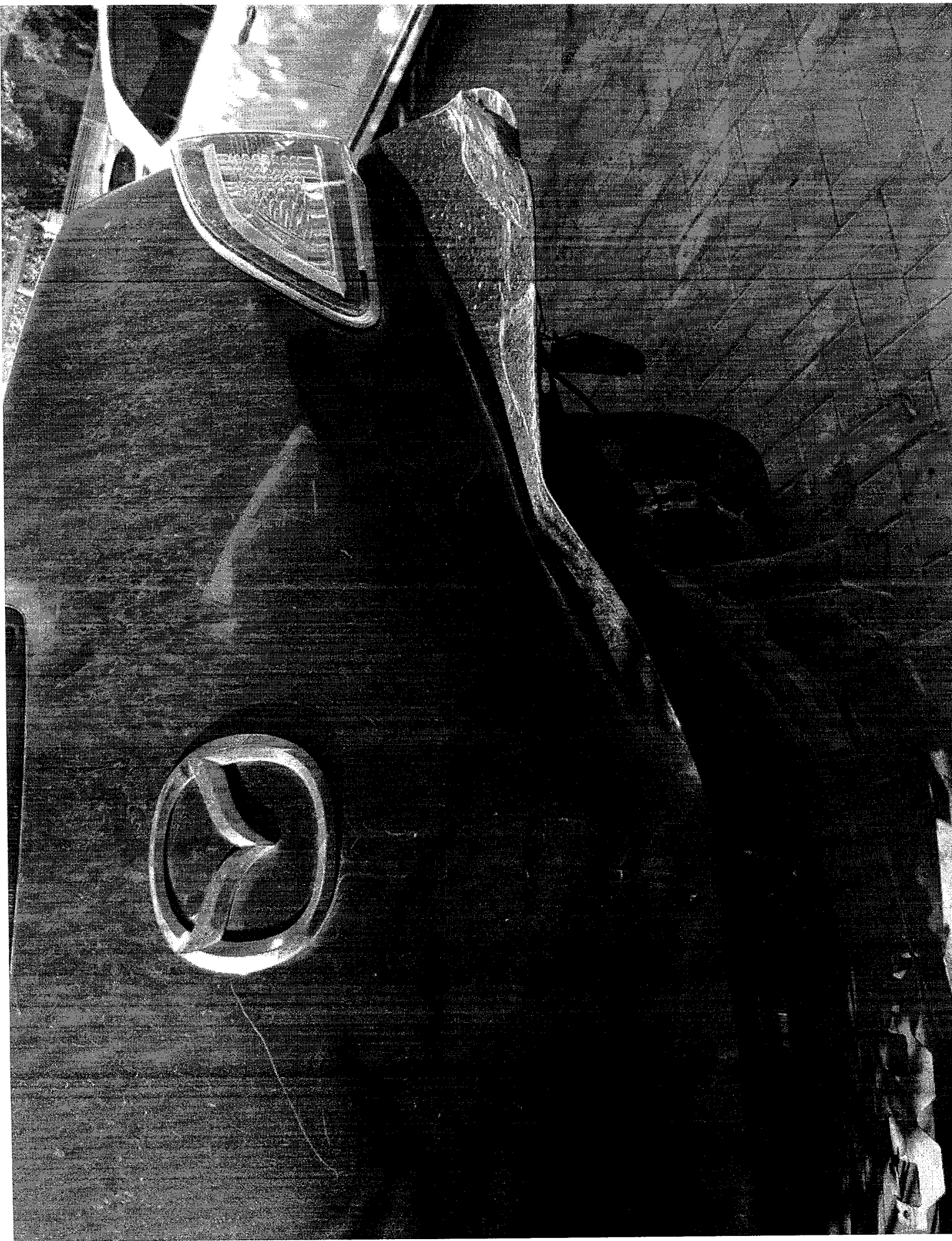
8. שוקם 9 שנים



9. B

רשמי לוח בריתות 4000 עד 8 בריתות ב'ג' ישראל







תאריך 21/05/2020

סיכום ביקור

שם המטופל		אלה ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	מס זהות	גיל 61.06
שם האב	04/12/1958	ת. לידה	מין ז
שקמה	9	מס בית	טלפון 4310134
שוב	רחוב	טלפון נוסף 9236989	8

תאריך תאונה 20/05/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך ביקור: 21/05/2020

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: ת.ד. פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טיניטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.

ממצאים: רגישות שריר צוואר תנועות מלאות צוואר ידיים ורגליים. בדיקה נירולוגית תקינה.

אבחנות בביקור		
קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

בברכה,

שם הרופא
ד"ר שמעון לוי
מס' רישיון 22109
חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 08/06/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	ז	61.06
שם האב	מס זהות	ת. לידה	04/12/1958
שם האב	מס זהות	מין	ז
שם האב	מס זהות	גיל	61.06
שם האב	מס זהות	מס בית	9
שם האב	מס זהות	רחוב	שקמה
שם האב	מס זהות	טלפון	4310134 - 54
שם האב	מס זהות	טלפון נוסף	9236989 - 8

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 20/05/2020

מספר הפניה: 35125299076

גורם שולח



5125

מספר הפניה



035125299076

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



022109

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. למשימה בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	שירות	משה"ב	שירות
10301005	78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי
10301023	78183	72100	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי

המטופל מתלונן על: 21/05/2020 ת.ד. פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טינטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.
08/06/2020: עדיין כאב צוואר וגב תחתון.

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 136/76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

eGFR 108.32 מתאריך: 18/03/2019

ממצאים עיקריים: ממצאים מתאריך: 21/05/2020
רגישות שרירי צוואר תנוכות מלאות צוואר ידיים ורגליים. בדיקה נוירולוגית תקינה.
08/06/2020

אבחנה משוערת

ס.ה.ר. 3

הפניה לדימות אליהו ציון
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
08/06/2020 הודפס ע"י ד"ר שמעון לזין 00-05541854-5

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
3883		TINNITUS
העמק הודפס ע"י דנית בנע תעודת 12/11/2020		

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

22109

ד"ר שמעון לוי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 3

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/06/2020

הודפס ע"י ד"ר שמעון לוי 00-05541854-5

הפניה לדימות

אליהו ציון

ספורטופדיה

סיכום מידע רפואי

לכבוד:	הרופא המטפל	תאריך:	30/06/2020
שם מטופל:	אליהו ציון	ת.ז:	55418545
גיל:	61.6	מין:	זכר

ספורט - הליכה.
 כאבים בשתי הרגליים, הכאבים בעיקר בהליכה. ההליכה כבדה.
 הכאבים יותר בצד שמאל.
 אין זרמים או נימול לאורך הרגליים.
 הכאבים מתחילים מהמפשעה ועד לקרסוליים.
 מחרוזת או ניתוחים בעבר: בריא בד"כ, אינו נוטל תרופות בקביעות, רגישות לתרופות אינה ידועה. אינו מעשן.
 לסג שלי, נירולוגית שמור וסימטרי, למעט העדר החזרים גדיים בשתי הרגליים.
 פרקי הירכיים והברכיים תקינים.
 דפקים פריפריים נמושו היטב.
 בדיקה:
 בדיקות עזר:
 אבחנה:
 Intermittent claudications
 יש לבצע טי של עמוד השדרה המותני.
 לאחר מכן אבקש להפנותו למומחה לבעיות עמוד השדרה.
 מופנה להתייעצות של נירולוג בשל העדר החזרים גדיים.
 ביקורת אצלי לפי צורך.
 הערות:

ד"ר אבירם גולד

ספורטופדיה סוקולוב 34
רחמת השרון

מסמטופדיה סוקולוב 34
רחמת השרון
מסמטופדיה סוקולוב 34
רחמת השרון
מסמטופדיה סוקולוב 34
רחמת השרון

תאריך: 01/07/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	מס' זהות	גיל
שם האב	04/12/1958	ת. לידה	ז' מין
שורה	שקמה	רחוב	מס' בית
ישוב	9	טלפון	טלפון נוסף
8	54	4310134	9236989

מספר הפניה: 35125301526

גורם שולח



5125

מספר הפניה



035125301526

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



025261

כיום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכן הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד:

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT ע"ש מותני

שירות שנבחר

שירות	קוד	שירות	קוד
רפואי	78073	רפואי	78073
10304017		CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	L1039

המטופל מתלונן על: ב-17.06.2020 נבדק אצל כירורג.
מזה כחצי שנה סובל מכאבים בירך שמאל באספקט אחורי. מכיוון העכוז לרגל
בבדיקת US ניצא בקע במשעה ימין בגודל 1.6 ס"מ פתח צוואר 0.7 ס"מ
בבדיקה אין ממצא במפשעה
ממליץ לבצע CT ע"ש מותני

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47
לחץ דם 136 /76 נמדד ב: 21/05/2020
דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

18/03/2019 מתאריך 108.32 eGFR

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
LOW BACK PAIN		7242

ס.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
01/07/2020 הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

הפניה לדימות
אליהו ציון

העמק 12/11/2020

מ.גילוי	איפיון	העמק הודפס ע"י מערכת ברוך
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

לא ידוע

לא ידוע

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

25261

ד"ר מירה וולבובסקי

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ת. 3

תאריך 15/07/2020

הפניה לרפואה יעצת

פרטי המטופל		אלוהיו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	ז	61.07
מס. זהות	גיל	ת. לידה	04/12/1958
שם האב	מין	משה	טלפון בוסף
שקמה	רחוב	9	8 - 9236989
מס. בית	טלפון	4342224	50
ישוב	טלפון	5125	

מספר הפניה: 35125302678

גרם שולח



מספר הפניה



תז נבדק



מספר רשיון



לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	משה"ב		
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

כאבי גב תחתון עם הקרנה למפשעות
ב-17.06.2020 נבדק אצל כיורג:
מזה כחצי שנה סובל מכאבים בירך שמאל באספקט אחורי מכיוון העכוז לרגל
בבדיקת US ניצא בקע במפשעה ימין בגודל 1.6 ס"מ פתח צוואר 0.7 ס"מ
בבדיקה אין ממצא במפשעה
הופנה לבצע CT ע"ש מותני

סימנים חיוניים: גובה 184 17/03/2019 משקל 93 17/03/2019 bmi 27.47

לחץ דם 136 / 76 21/05/2020

דופק 72 17/03/2019

05/07/2020 מתאריך 104.57 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN

3 ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-05541854-5 הודפס על ידי ד"ר מירה וולבובסקי 15/07/2020

הפניה לרפואה יעצת

אלוהיו ציון

ההפניות שהופקו ב 01/07/2020
 הפניה לרימות - 78073-ט.מ. ד"ר עמר שורחמן, הפניה למעבדה -
 סמנים, ביולוגיה, אנדו-הורמון, חסע
 15/07/2020
 הודפס ע"י דנית גנץ

דיון/תוכנית טיפולית

בעיות פעילות	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER		FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא ידוע

רגישות חספות - מידע ישן

לא ידוע

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מירה וולבובסקי

25261

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

3 ר.ה.ו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

15/07/2020

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

הפניה לרפואה יועצת

אליהו ציון

15/07/2020 09:55 81613 מ.ר. שליפרדוד מ.ר.

סיכום ביקור מרפאת עמוד שדרה

מרפאת עמוד שדרה
מנהל מרפאה: דר' לייטנר יוסף
מ.ר. 17665
אח/אחות אחראיים: אורה מלמד
מס' ביקור: 2020259359
טלפון: 09-7472643
פקס: 09-7472631

שם משפחה:	אליהו	ת. לידה:	04/12/1958
שם פרטי:	ציון	ת. זהות:	5541854-5
כתובת:	שקמה 9, שוהם 6085000	מין:	זכר
טלפון:	0504342224	גיל:	61
סוג דם:		שם האב:	משה
גורם מממן:	מרכז		

בדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
15/07/2020 09:54	דר' שליפרדוד מ.ר. 81613	בן 61 ללא מחלות רקע	כחצי שנה כאב גפיים תחתונות בעיקר משמאל, מפשעה עד הברך רגישות ניכרת באזור הבורסה פריטוכנטרית משמאל כוח גס שמור, החזרים ירודים קלות, תחושה בחדר הטרמה סוגרים תקינים CT עמ"ש מותני 07/2020 איבוד לורדוזיס, שינויים מוגנים בגובה L45 הצירות תעלה בגובה L5S1 דיסקופתיה דגנרטיבית עם תופעת בקעום ממליץ לבצע מיפוי עצמות פיזיותרפיה דיאטנית ביקורת עם המיפוי

אבחנות בביקור

• BACKACHE, UNSPECIFIED (7245)

המשך טיפול

קוד פעולה	תאריך	מועד המשך טיפול	הערות
70017	4 שבועות	בעוד כ	

בדיקת רופא אורתופד

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	15/07/2020 09:54	דר' שליפרדוד מ.ר. 81613

מדיניות קביעת תור המשך:

תור חוזר עד חודש ימים ייקבע מול מזכירת המרפאה.
תור מעל חודש ימים ייקבע טלפונית מול מוקד זימון תורים בטלפון 09-7471555.

מכתב נחתם ע"י דר' שליפרדוד מ.ר. 81613

חתימה:

תאריך: 03/08/2020
09:06

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	משה
00-05541854-5	61.08	גיל	ז' מין	04/12/1958	משה
שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב
9236989 - 8	4342224 - 50	9	טלפון	טלפון	טלפון
טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
שקמה	רחוב	מס בית	שקמה	רחוב	מס בית
שולם	ישוב	שולם	ישוב	שולם	ישוב

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/08/2020
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 61, משנת 2019 התחיל לחוש בכאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה - ללא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש ביה"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין CT עמ"ש מותני איבוד לורדוזיס, שינויים מונומם בגובה L4-5, היצרות תעלה, ב-L5-S1 דיסקופתיה דגנרטיבית, הופנה למיפוי עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.

בדיקה גופנית: דיבור והבנה תקינים. פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא הופקו החזרי אכילס דו-צדדי. ללא סימנים פוקלים פרימדיים או צרבלרים. ללא קשיון העורף. מענה פלנטרי פלקסורי דו-צדדי. כח גס תקין. תחושה שטחית תקינה. דפקים מעל עורקים dorsalis pedis ממושו היטב.

קוד	איפיון	אבחנה
7295		PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

דיון/תוכנית טיפולית: להשלמת הבירור ממליץ על NCS+EMG של הרגליים. ביקור חוזר עם התוצאה.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	EMG-אלקטרומיוגרפיה	H4		הודפס

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ 25047

שם הרופא מס' רשיון חתימה וחומת הרופא

תאריך 03/08/2020
09:06

הפניה כללית

פרטי המטופל	
אלהיו ציון	00-05541854-5
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	מס זהות
ת. לידה 04/12/1958	גיל 61.08
שקמה	מס בית 9
טלפון 9236989 - 8	טלפון 4342224 - 50
טלפון נוסף	רחוב
שוקם	ישוב

מספר הפניה ישירה: 33058285180

גורם שולח
3058

מספר הפניה
33058285180

תז נבדק
55418545

מספר רשיון
025047

לכבוד: א.מ.ג.

שירות שנבחר

שירות	קוד	שירות	קוד
רפואי	56016	תיאור רפואי	56016
		אלקטרומיוגרפיה EMG	95861

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7295	PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS	

תלונות: בן 61, משנת 2019 התחיל לחוש בכאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה - ללא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש ביה"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין CT עמ"ש מותני איבוד לורדוזיס, שינויים ניוונים בגובה L4-5, היצרות תעלה, L5-S1 דיסקופתיה דגנרטיבית, הזפנה למיפני עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.

ממצאים בבדיקה: דיבור והבנה תקינים, פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא הופקו החזרי אכילס דו-צדדי. ללא סימנים פוקלים פירמידליים או צרבלרים. ללא קשיון העורף. מענה פלנטרי פלקטורי דו-צדדי, כח גס תקין. תחושה שטחית תקינה. דפקים מעל עורקים dorsalis pedis נמושו היטב.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ. גילוי	א.יפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

הפניה כללית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/08/2020 הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ 00-05541854-5

אלהיו ציון

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
	01/01/1978		העמק 12/11/2020
	01/01/1978		העמק 12/11/2020
			SMOKER
			SMOKER

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן
רגישויות נוספות

לא ידוע

לא ידוע

תרופות קבועות

ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200

מטרת הבדיקה: מבקש NCS (הולכת עצבית) ו- EMG (בדיקת מחטים) של הרגליים לשלול מעורבות שורשית.

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'

25047

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

הפניה כללית

דף 2 מ 2

03/08/2020

אליה ציון

00-05541854-5

הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'

MAMMOGRAPH INSTITUTE
NEUROPHYSIOLOGICAL DEP.
 ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV RAANANA HADERA
 03-9347891 04-6221125
 DR. ROZANOV S.

EMG EXAMINATION DATE : 16.10.2020 9:30:31 AM

PATIENT: ZION ELIAHU

ID NUMBER: 55418545

MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP % [%]	DIST [mm]
Peroneus-Left	Ankle - EDB	4.0	3.2	--	--	--
	Bl Knee - Ankle	11.2	2.5	40	-22.7	290
	Ab Knee - Bl Knee	12.9	2.4	41	-4.3	70
Tibialis-Left	Ankle - FH	4.1	3.2	--	--	--
	Knee - Ankle	11.9	2.5	41	-23.9	320

SENSORY NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [uV]	CV [m/s]	DIST [mm]
Suralis-Right	Calf - Lat Malleolus	2.5	32.8	--	--
Suralis-Left	Calf - Lat Malleolus	2.4	40.9	--	--

EMG:

Muscle	Insertion		Spontaneous Activity		Amplitude		Duration		Polyphasy	
	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt
Ileopsoas	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Quadriceps	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Tib Anterior	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
EDB	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gastrocnemius	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Impression:

Normal EMG and NCV test of the all tested muscles and nerves.

SIGNATURE:

DR. ROZANOV SIMON
 19584 מ"מ 27836 מ"מ

תאריך: 27/10/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	מס זהות	מס זהות
שם האב	04/12/1958	ת. לידה	ז' 61.11
שקמה	רחוב	מס בית	9
שם	9236989	טלפון	8
שם	4342224	טלפון	50

מספר הפניה ישירה: 38908034494

גורם שולח



8908

מספר הפניה



038908034494

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



020497

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד:

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה זאת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 ימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מיפוי עצמות

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
73696	78306	מיפוי עצמות - סריקה כל גופית	רפואי
			21207010

המטופל מתלונן על: נבדק ע"י דר' שליפר דוד ממרפאת עש"ב מאיר שהמליץ מיפוי עצמות

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 136/76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

eGFR 104.57 מתאריך: 05/07/2020

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7242	אבחנה	
7243	LOW BACK PAIN	LEFT
	SCIATICA	

בעיות פעילות

הפניה לדימות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

27/10/2020

00-05541854-5 הדופס ע"י ד"ר פריד אלמלך

אליהו ציון

12/11/2020	אפיין	מ.גילי
FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE	MOTHER	01/01/2000

רגישות
ולאו תופעות לוואי

מידע ישן

רגישות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילי	אפיין	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

05/07/2020 מתאריך CREATININE: 0.65

20497

ד"ר פריד אלמלק

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם נדרש לשלם
על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשימת ב"ח
מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/10/2020

הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלק 00-05541854-5

הפניה לדימות

אליה ציון

תאריך: 27/10/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אלוה ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	ת. לידה	04/12/1958
מס זכות	61.11	שם האב	משה
גיל	ז' מין	טלפון נוסף	8 - 9236989
שקמה	9	טלפון	50 - 4342224
רחוב	מס בית	ישום	שוב

מספר הפניה ישירה: 38908034494



גורם שולח
8908



מספר הפניה
038908034494



תז נבדק
55418545



רשיון רופא
020497

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

לכבוד: מיפוי עצמות

שירות שנבחר		קוד	קוד
שירות		קוד	שירות
מיפוי עצמות - סריקה כל גופית		78306	73696
תיאור רפואי			
שירות רפואי			
21207010			

המטופל מתלונן על נבדק עי דר שליפר דוד ממרפאת עש בח מאיר שהמליץ מיפוי עצמות

סימנים חיוניים גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47
לחץ דם 136 /76 נמדד ב: 21/05/2020
דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

05/07/2020 מתאריך 104.57 eGFR

אבחנה משוערת		קוד
אבחנה		איפיון
LOW BACK PAIN		7242
SCIATICA		7243
		LEFT

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישויות
ולאו תופעות לוואי

מידע ישן

רגישויות מסופות

מידע ישן

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/1978			SMOKER
01/01/1978			SMOKER

05/07/2020 מתאריך CREATININE: 0.65

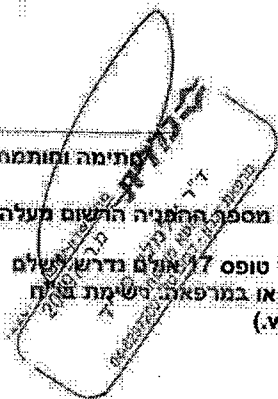
20497

ד"ר פריד אלמלק

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר החמניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבתי"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם נדרש לשלם
על השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשימת בתי"ח
מפורסמת באתר הכללית (www.claalit.co.il).



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

27/10/2020

הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלק 00-05541854-5

אליה ציון

תאריך: 12/11/2020

סיכום יעוץ

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	מס' בית	מין	משה
שקמה	9	4342224	04/12/1958
שוהם	טלפון	טלפון נוסף	8 - 9236989
רחוב	מס' בית	טלפון	טלפון נוסף

לכבוד: ד"ר וולבובסקי מ

תלונות: 03/08/2020

בן 61. משנת 2019 התחיל לחוש בכאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה - ללא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש ביה"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין CT עמ"ש מותני איבוד לורדוזיס, שינויים ניוונים בגובה L4-5, היצרות תעלה, ב-L5-S1 דיסקופתיה דגנרטיבית, הופנה למיפוי עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.

12/11/2020: בן 61. NCS+EMG של הרגליים 16.10.20 - תקין.

ממצאים: 03/08/2020

דיבור והבנה תקינים. פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא הופקו החזרי אכילס דו-צדדי ללא סימנים פוקלים פירמידליים או צרבלרים. ללא קשיון העורף. מענה פלנטרי פלקסורי דו-צדדי. כח גס תקין. תחושה שטחית תקינה. דפקים מעל עורקים dorsalis pedis נמושו היטב.

12/11/2020

אבחנה

אבחנה	איפיון	מועד גילוי
PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS		

דיון / תוכנית טיפולית: כעת ממליץ על המשך מעקב ומעקב אצל אורתופד. במידת הצורך ניתן לחזור אחרי NCS+EMG בעוד 4-5 חודשים.

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
152 פתיחת תיק	152	1	03/08/2020

בברכה,

25047

מספר רשיון

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום יעוץ

12/11/2020 הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ 00-05541854-5

אליהו ציון

2700

ד"ר נילי אליאור
רופאת משפחה
135813
סלמה 43
03-7177200
03-7177210
תל אביב
מחוז:ת"א

13/02/2020 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל	00-05541854-5	61.02	ז	04/12/1958	משה
אליהו ציון	שם משפחה ושם פרטי	מס זכות	גיל	ת.לידה	שם האב
שוקם	שקמה	מס בית	9	50 - 4131488	8 - 9236989
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 35174066631

גורם שולח



5174

מספר הפניה



035174066631

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



135813

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

לכבוד: סוטר מפשעה משמאל

שירות שנבחר	קוד	קוד	שירות
קוד משה"ב	78014	78014	שירות
US o.a	L6856	10705035	רפואי
למפשעות כולל הרניה			

המטופל מתלונן על
בן 61, בריא בד"כ לא נוטל תרופות קבועות, שולל ניתוחים או אשפוזים בעבר
נ+ פוליגמיה 6 ילדים
שולל מחלות במשפחה, תזונה - אוכל הכל, פעיל גופנית, לא מעשן (עישון בעבר
הרחוק)
מזה מספר חודשים חולשה וכאבים בגוף, התחיל בירור דרך הרופאה המטפלת
קושי להתרכז בלימודי תורה
שולל ירידה במשקל, הזעות לילה או חום
שולל נחירות או התעוררות עם מתק בלילה
כאבים בירך שמאל מחמיר בהליכה וגם בשירותים
ללא בליטה במפשעה
יציאות סדירות, ללא הקאות או בחילות
שתן זרם טוב וחזק תכיפות - כל שעה
במעבדה - יש MCV 100 (מ2016) יכול להצביע על חסר בB12 או חומצה פוליצ
לציין TSH 0.04 (ידיע מ2013)
T3 T4 תקינים
לא ביצע בעבר מיפוי בלוטת התריס

Handwritten notes and signatures in the bottom left corner.

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

13/02/2020

הודפס ע"י ד"ר נילי אליאור 00-05541854-5

הפניה לדימות

אליהו ציון

לא ידוע

מידע ישן
רגישויות מספוח

לא ידוע

מידע ישן

תרופות קבועות		תרופות	
ב	פעמים	א. הגשה	כמות
ביום	1	טיפות	7
ביום	1	טבליות	1

מטרת הבדיקה: הופנה לבייח לצורך ניתוח תיקון של בקע מיפשעתי דוצ'

חתימה וחתימת הרופא

34482

ד"ר שמיל שמאילוב

מספר רשיון

שם הרופא

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

דף 2 מ 2

13/05/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר שמיל שמאילוב 00-05541854-5

ס.ה.ר. 3
הפניה כללית.
אליה ציון

שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
תחום: כירורגיה
מספר רשיון: 34482
כתובת: 03-9775300
טלפון: 03-9775310
פקס:
מרכז: מחוז מרכז
מדינה: ישראל

תאריך: 13/05/2020
17:06

הפניה כללית

פרטי המטופל	אלוהו ציון	שם משפחה ושם פרטי
מספר הפניה: 00-05541854-5	מספר רשיון: 34482	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
תאריך לידה: 04/12/1958	גיל: 61.05	מספר רשיון: 34482
שם האב: 9236989	שם האם: 4310134	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
טלפון מספר: 8	טלפון: 54	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
מספר רשיון: 9	מספר רשיון: 9	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
מספר רשיון: 9	מספר רשיון: 9	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב
מספר רשיון: 9	מספר רשיון: 9	שם הרופא: ד"ר שמיל שמאילוב

גורם שולח
5125

מספר הפניה
035125296878

מספר הפניה: 35125296878
תד נבדק
55418545

מספר הפניה: 35125296878
מספר רשיון: 34482

לכבוד: כירורג

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב
70018	בדיקת רופא כירורג	L9260	70018

אבחנה משוערת	אבחנה	אפיין	קוד
HERNIA INGUINAL BILATERAL	אבחנה	אפיין	5509

תלומות: מזה 6 חודשים כאבים במפשעה שמאלית בעיקר במאמץ.
ב US בקע מפשעתי מימין.

ממצאים בבדיקה: בקע מפשעתי דו צד לא כלואים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות	אפיין	מ. גילוי
FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE	MOTHER	01/01/2000

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר	אפיין	מ. גילוי	מ. סיום
SMOKER	אפיין	01/01/1978	
SMOKER	אפיין	01/01/1978	

רגישות
וא/או תופעות לוואי

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

13/05/2020 הודפס ע"י ד"ר שמיל שמאילוב 00-05541854-5

מ.ה.ב. 3
הפניה כללית
אלוהו ציון

הערתק 12/02/2020
הערתק הודפס ע"י דרורה שן

מידע ישן
 תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

הערות:
לאבחון-
צ ע"ש מותני
EMG גפיים תחתונות

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר דור ינאי	117311	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

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

ס.ח.ר. 3

תאריך: 06/02/2020

מחוז: דן-פ"ת
מרפאה: בן יאיר - אלעד

הפניה לדימות

פרטי המטופל	00-05541854-5	61.02	ז	04/12/1958	משה
אליה ציון	שם משפחה ושם פרטי	מס. זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
שוקם	שקמה	מס. בית	טלפון	טלפון נוסף	8 - 9236989
ישוב	רחוב	9	4131488	50	

מספר הפניה: 35873237486

גורם שולח



5873

מספר הפניה



035873237486

תז. נבדק



55418545

רשיון רופא



117311

ביום הבדיקה, גא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 16 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
כא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד! אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

שירות שנבחר		קוד	קוד
שירות	קוד	תיאור רפואי	רפואי
78183	72100	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי	10301023
56016	95861	אלקטרומיוגרפיה EMG	56016

המטופל מתלונן על כאבי גב תחתון מקרינים למפשעה ובעת העברת צואה 6 ח'
מתהלך עירני נינוח
שולל דגלים אדומים
ללא פחת נוירולוגי
כח גס תקין

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיות פעילות

מ. גילי	אפיין	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישות נוספות

3. ה.ר.

לא ידו

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

06/02/2020

הודפס ע"י ד"ר דור ינאי 00-05541854-5

הפניה לדימות

אליה ציון

סימנים חיוניים גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 113/80 נמדד ב: 17/03/2019

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

18/03/2019 מתאריך 108.32 eGFR

ממצאים עיקריים
במצב כללי טוב ללא מצוקה נשימתית
לא נימושו בלוטות לימפה מוגדלות
ללא גושים בבלוטת התריס
בטן רכה לא רגישה לא נימוש כבד או טחול מוגדלים
נימוש בקע מפשעתי משמאל - ללא סימני סבל

אבחנה משוערת		
אבחנה	אפיין	קוד
MACROCYTIC ANEMIA		2810
INGUINAL HERNIA	It	D89

דיון/תוכנית טיפולית הרושם כי מדובר בבקע מפשעתי משמאל - נשלים סונר וכירורג

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מס'מ	מגילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קראטינין בחצי שנה האחרונה

חתימה וחזמת הרופא

135813

מספר רשיון

ד"ר נילי אליאור

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

דף 2 מ 2

13/02/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר נילי אליאור 00-05541854-5

הפניה לדימות

אליהו ציון

10/11/20

9145

לכבוד

גילי אליהו
משפחת אזולאי
מצפה 57
שורה 6082147

הנדון: מצב תביעות לפוליסה 1093848101

בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאי חוזה לביטוח רכב פרטי),
התשמ"ו-1986, להלן פירוט התביעות ששולמו/הוגשו לחברתנו על ידך
או בגינך, עד לתאריך מכתב זה, בגין ביטוח רכב רכוש.
תאריך תחילת הפוליסה שבנדון ביום 01/08/18 וסיומה ביום 31/07/19.

מספר רישוי: 40-152-69 לא הוגשו תביעות

בתקופה זו הנהג העיקרי בפוליסה היה ציון אליהו
מספר תעודת זהות 055418545

בכבוד רב,

איל.די.איל.
חברה לביטוח בע"מ