

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

תאריך חתימת המסמך : 21.10.21

התובעת : **רחל דוידוביץ, ת"ז 014591424**
מרחוב ה' באייר 28, תל אביב

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעת : **איי.די.אי חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב אפעל 35, פתח תקוה
טל' : 072-2228677 ; פקס : 03-7569580

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

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

סכום האגרה : 710 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל ורחל דוידוביץ הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

חלק 2:

(1) בעלי הדין:

1. התובעת, ילידת 26.10.1963, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 44-561-55 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב תעודת ביטוח חובה ורישיון רכב, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 01.10.2020, בשעה 13:15 או בסמוך לכך, בין מחלף עזריאלי ללה-גארדיה, בתל אביב, עת נהגה ברכב היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב, מסוג משאית ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. למחרת, נוכח החמרה בכאבי ראש, צוואר, גב וכתפיים, כמו גם בחילות, פנתה לקבלת טיפול רפואי במוקד לרפואה דחופה שם אובחנו חבלות במגנון של "צליפת שוט" ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה

לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

9. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים העליונות וכאבי ראש הופנתה לטיפול פיזיותרפיה, רפואה משלימה וביצוע בדיקת הדמיה.

10. בדיקת CT אשר בוצעה לתובעת וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה יישור לורדוזיס ניכר, היצרות של המרווחים הבינחוליתיים מגובה C4 ועד גובה C7, בקע דיסקלי מרכזי קטן בגבהים C2-C3, C3-C4 ובליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגבהים C5-C6, C4-C5 ובגובה C7-C6.

11. בדיקת אולטראסאונד אשר כוונה לכתף ימין הדגימה נוזל עודף בחשד לתהליך דלקתי. בשים לב לממצאים האובייקטיביים ולתלונות הוחלט על הפנייתה לבדיקת EMG.

12. בנוסף, החלה התובעת לסבול ממצב רוח ירוד, חרדה, קשיי שינה והירדמות וניתן לה טיפול תרופתי נוגד חרדה ודכאון.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב וכתף ימין, מכאבי ראש וסחרחורות, מקושי בהרמה, קושי באחיזה, קושי בביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות, מקושי בישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מכאבים עזים, קושי בהירדמות ושינה רציפה, מצב רוח ירוד, דכאון, חרדה ותלות במשככי כאבים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובעת עורכת דין עצמאית בתחום המסחרי, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

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

16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

18. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

(1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 150,000

(2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 32,000

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 15,000

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 30,000

ב. נזק כללי:

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

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

(2) עזרת הזולת בעתיד.

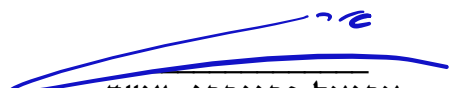
(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

19. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה ורישיון רכב - נספח 1 (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תיעוד רפואי - נספח 2 (עמודים 10 עד 32)	10
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים - ישיר (עמודים 34 עד 34)	34
נספח 4: נחתמו - נספח (עמודים 36 עד 39)	36

נספח 1 :

תעודת חובה ורישיון רכב - נספח 1

(עמודים 7 עד 8)

העתקה

לכבוד
רחל דוידוביץ
הא באייר 28 (4)
תל אביב-יפו 6299805



J.G.

מצורפת בזה תעודת ביטוח החובה לרכבך.
ביטוח החובה תקף רק אם התעודה נושאת חתימה של בנק/דואר
המאשרת את התשלום.
אנו מאחלים לך נסיעה בטוחה.

ביטוח ישיר 5

ביטוח ישיר 5

תעודת ביטוח מספר

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ו-1970
(להלן - פקודת הביטוח)

שם לב- מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים
שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.
רחל דוידוביץ 014591424
הא באייר 28 (4) תל אביב-יפו 6299805

שם בעל הפוליסה, מס' תעודת זהות וכתובת בעל הפוליסה

תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה
מספר הפוליסה 1190259201/3
מועד תחילת הביטוח- המועד בו הוחתמה התעודה
זו בבנק- אך לא לפני: 01/06/2019
מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/05/2020
ב.מ.ר. 118I(1499) ספורט אוטו '136 כ'ס 5 1490 2017

שם היצרן והדגם
נפח מנוע (הספק) שנת הייצור
מועד העלייה לכביש

פרטי 4456155
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)
מספר הרישום של הרכב (או מספר הרישום)
מספר שלדה (ככל שקיים) 62-24112
קוד מוטב

מסות השימוש המותרות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
הרחבות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו 28/05/19 15:20

1166 ₪

סכום דמי הביטוח

א.י. די. איי בע"מ שולם 1166 ₪ ב"ח באמצעות
בנק מורחז חן 15:20 28/05/19494-047194

הודעת זכוי תעודת ביטוח מספר

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ו-1970
(להלן - פקודת הביטוח)

לתשלום בכל סניפי הבנקים הבאים:
בנק הפועלים 772-446134
בנק לאומי 800-330-290293/81
בנק דיסקונט 025-268003
בנק המזרחי 094-471940
בנק הבינלאומי 046-409-192031
בנק החצר 8-91353-2

רחל דוידוביץ 014591424
הא באייר 28 (4) תל אביב-יפו 6299805

שם בעל הפוליסה, מס' תעודת זהות וכתובת בעל הפוליסה

תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה
מספר הפוליסה 1190259201/3
מועד תחילת הביטוח- המועד בו הוחתמה התעודה
זו בבנק- אך לא לפני: 01/06/2019
מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/05/2020
ב.מ.ר. 118I(1499) ספורט אוטו '136 כ'ס 5 1490 2017

שם היצרן והדגם
נפח מנוע (הספק) שנת הייצור
מועד העלייה לכביש

פרטי 4456155
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)
מספר הרישום של הרכב (או מספר הרישום)
מספר שלדה (ככל שקיים) 62-24112
קוד מוטב

הודעת זכוי 1166 ₪
סכום דמי הביטוח

התשלום ניתן לביצוע במזומן בלבד
חתימת הבנק: בלי חתימת הבנק על התעודה זו - אין לה תוקף

העתקה

המספר 08/17

ביטוח ישיר 5

זכור! ביטוח החובה תקף רק לאחר החתמת סניף הבנק/דואר המאשרת תשלום

ביטוח ישיר 5

03-5555555



רישיון רכב



מספר רכב 4456155		סוג M1 פרטי נוסעים		בתוקף עד 19/06/2021	
דודוביץ רחל		הא באייר 28 דירה 4 תל אביב יפו 62998		מספר זהות 01459142-4	
בעלים		תאריך רישום 20/06/17		תאריך בעלות 20/06/17	
מקומות ישיבה למעט הנהג		מועד עליה לכביש 06/2017		מספר שילדה WBA1R5102H5J27642	
סוג דלק בנזין		מהם ליד הנהג 1499		דגם מנוע B38B15A	
צמיג קדמי		נפח 205/55R16 91 W		דגם מנוע F3271699	
צמיג אחורי		205/55R16 91 W		מספר מנוע	
משקל כולל 1885		משקל עצמי		צבע	
משקל מורשה		וונדריה		הנעה	
		אין		אפור מטל 4X2	
				רישיון נהיגה מתאים B	
				רמת אבזור בטיחותי 1	
דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום					

בהתאם לתקנות התעבורה אין חובה לשאת רישיון נהיגה ורישיון נהיגה בעת נסיעה עם זאת, חלה חובה לשאת תעודת מזהה רשמית ומסמכים נוספים, כגון ביטוח, התניות רפואיות וכל מסמך אחר המחויב עפ"י חוק

לרשותך מגוון דרכים לתשלום האגרה, כמפורט בגב הטופס

מיד לאחר התשלום ניתן לגשת לביצוע מבחן כשירות תנועה (טסט) ואין צורך להמתין לקבלת רישיון משולם

תוצר ב מ ו ו גרמניה		דגם 1R51		מרכב 5	
כינוי מסחרי 118I		רמת ביטוח SPORT		הצ'בק קבוצת רישוי קוד	
הספק (כ"ס)		ABS אוט		חלון בנג הוראת רישום	
136.00		6		6	
תנאים והגבלות ומידע נוסף:		00143-0557		16-0617	
פטור מנשיאת גלגל חילוף					

ת.תשלום 07/05/20 סך 2019.00 ש"ח;

רשומון יבוא 730484607

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

4456155-21-9

בעל הרכב

דודוביץ רחל
הא באייר 28 דירה 4
תל אביב - יפו 62998

מספר הרכב
4456155-21-9

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

הודפס ע"י איזור אישי 21/10/2020 15:04:11

(א.כ.5)

נספח 2 :

תיעוד רפואי - נספח 2

(עמודים 10 עד 32)



034102

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	



0014591424

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

תאריך: 02/10/2020

שעת קבלה: 14:49

שעת שחרור: 15:18

סיבת הפניה:

הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

ממצאים:

כאובה, מתהלכת ומניעה גפיים רגישות דיפוזית לאורך עמש"צ ומותני- הגבהל אנטלגית בהנעה ללא חסר נוירולוגי- תחושת או מוטורי בגפיים עליונות ותחתונות ככל הנראה תופעה מאוחרת של תאונה במנגנון צליפת שוט בשלב זה ממליץ על מנוחה, טיפול אנלגטי והמשך מעקב רופא המטפבהמשך פיזיותרפיה לע"ש והמשך בירור

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
02/10/2020	15:03	לחץ דם	172/99
02/10/2020	15:03	דופק	105

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
02/10/2020	15:03	אומדן כאב	עוצמה: 8	
02/10/2020	15:03	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
02/10/2020	15:05	מיון ראשוני - TRIAGE		
02/10/2020	15:05	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה

תוצאות מעבדה מהיום:

אבחנה:

• LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT

תרופות שניתנו:

ROKACET PLUS 24 CAP - { (למשך 12 ימים) X 2 }

ד"ר זק רם

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה דודוביץ	שם פרטי רחל	שם האב יצחק	מס' זיהוי 14591424	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב תל אביב - יפו	רחוב ה" באייר	מס' 28	מיקוד 62998	שנת לידה 1963
חבר (כ/ל) כ				
שם המעביד וכתובתו עוד דודוביץ		טלפון 0545687775	מקצוע עוד	
ת. פגיעה 01/10/2020	שעה 03:20	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע ע"ש	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

הייתה מעורבת אתמול בת.ד. במנגנון צידי בדרך לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

הממצא הקליני:

כאובה, מתהלכת ומניעה גפיים
רגישות דיפוזית לאורך עמש"צ ומותני- הגבהל אנטלגית בהנעה
ללא חסר נוירולוגי- תחושת או מוטורי בגפיים עליונות ותחתונות
ככל הנראה תופעה מאוחרת של תאונה במנגנון צליפת שוט
בשלב זה ממליץ על מנוחה, טיפול אנלגטי והמשך מעקב רופא המטפחהמשך פיזיותרפיה לע"ש והמשך בירור

אבחנה:

• LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

עד יום: 15/10/2020

במשך: 14

02/10/2020

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



פרטי מטופל

שם מטופל: דודוביץ רחל

ת"ז: 14591424

מין: נ

גיל: 56 שנים - 11 חודשים

טלפון: 0545687775, 0545687775

ת"ז: 0014591424

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר זקן רם

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: *3555

פקס: 03-7178253

מס ביקור: 000148707749

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 02/10/2020 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS	1 טבליה 2 פעמים ביום	12 ימים	1 טבליה		1 טבליה		02/10/2020-16/10/2020	TAB 24 כמות ליניפוק: 15% ** השתתפות עצמית:

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לנפק חלופה גנרית שאושרה על ידי הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



034102

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ:	טלפון: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	טל.עבודה/נייד: 0545687775



0014591424

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה.

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

Dr. L.
Orthopedic
LN 34102

Dr. Ramon M.D.
Orthopedic Surgeon
LN 34102

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: דודוביץ רחל

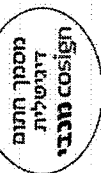
ת"ז: 14591424

גיל 57 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0545687775, 0545687775

ת"ז

0014591424



פרטי רופא

שם רופא: דר' שלומית פלד

ממחית: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5425252

פיקס: 073-2284275

מס ביקור

000156423738

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 04/01/2021 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. orphenadrine 30 mg tab. paracetamol 500 mg * MUSCOL עם האוכל	1 טבליה 1 פעמים 2 טבליה 1 פעמים 10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	04/01/2021-18/01/2021 כמות ליניפוק: 20 TAB השתתפות עצמית: 15 %	**
tab. etoricoxib 90 mg * ARCOXIA, ETORICOXIB עם אוכל	1 טבליה 1 פעמים 14 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	04/01/2021-18/01/2021 כמות ליניפוק: 14 TAB השתתפות עצמית: 50 %	**

* ידוע לי שמורשה הורקחות לנפק חלופה גורית שאושרה ע"י הקופה אלא אם החפא צ"א אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידענותך מרשם המופק עם התימה דיגיטלית נופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



0027425057



035198

קוד הפניה: 194888501

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דוידוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.לדה: 26/10/1963		מין: נ		טלפון: 0545687775		ט.ל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					



0014591424

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 57, ג'2, ע"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל. 2 * C/S.

אלרגיה - לא ידוע

הרגלים - עישון, שוללת אתליזם / סמים.

ללא פעילות גופנית סדירה

במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ריאות בגיל 73. סבתא מצד אבא-

סרטן שחלות נפטרה בגיל 46.

IHD מגיל צעיר.

מ.ב.: 15/11/2020

ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.

ללא חסר נוירולוגי.

עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.

הגבלה בתנועות צוואר וכאבי ראש. הומלץ על פיזיו' + רפואה משלימה

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 24/11/2019:

מצב כללי טוב, ללא כחנ"צ, לב - קולות סדירים א"ס 1/6, ריאות - נקיות.

12/2019 - בדיקת ד"ר אמיר בר שי - במפ תפקודי ריאות - תקינים.

אבחנה:

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: תאונת דרכים-כאב גב עליון, עורף, שכמות, הגבלה בתנועות צוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2020 עד תאריך - 14/05/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

15/11/2020

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



0027425057



035198

קוד הפניה: 194888296

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דוידוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.לידה: 26/10/1963		מין: נ		טלפון: 0545687775		טל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					



0014591424

מרפאת מכבי טבעי**סיבת הפנייה:**

בת 57, ג'2, עו"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל. 2.5 C/S.
 אלרגיה - לא ידוע
 הרגלים - עישון, שוללת אתיליזם / סמים.
 ללא פעילות גופנית סדירה
 במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ראות בגיל 73. סבתא מצד אבא-סרטן שחלות נפטרה בגיל 46.
 IHD מגיל צעיר.
 מ.נ.: 15/11/2020
 ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.
 ללא חסר נוירולוגי.
 עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.
 הגבלה בתנועות צוואר וכאבי ראש. הומלץ על פיזיו'רפואה משלימה

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשנות : לא

מופנה לרופא מיעץ לקביעת מסלול הטיפול

15/11/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2020 עד תאריך - 14/05/2021



0056148794



023479

קוד הפניה: 211289016

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לדה: 26/10/1963	מ.י.נ:	טלפון: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	טל.עבודה/בידי: 0545687775



0014591424

הפניה למכון דימות - C.T

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השינה והגבלה בכתף שמאל

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

מעש/ת: לא

בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
CT עמוד השדרה צווארי		L1039

שאלה לרדיולוג:

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
30/09/12/2020 חודשים		0.68	Creatinine (B)
30/09/12/2020 חודשים		97	eGFR

שם הרופא: ד"ר סרגה דן

תאריך: 16/03/2021

ד"ר סרגה דן

אורתופדית

מ.ר. 23479

מ.ר. 23453

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2021 עד תאריך - 12/09/2021

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 16/03/2021
שעה: 11:47:27



לכבוד
בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
טלפון: 03-7644444

התחייבות מספר: 210320124

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי דוידוביץ רחל ת.ז. 14591424
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 57

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
014591424	210320124	16032021

קוד מט CPT	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
72127	50601	16/03/2021	16/03/2021	1
01				

תאור טיפול: CT עמוד שדרה צווארי

ישוב: תל אביב-יפו מרכז רפואי: השל"ה השל"ה
מתאם שרות: טל: 03-5425252 7

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/09/2021

נספח להתחייבות מספר 210320124:

התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה



0056148794



023479

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מין: נ	טלפון: 0545687775	טל.עבודה/ביד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998		

US איברים

הבדיקה תדרושה אולטראסאונד

כתף - 6862 (ימין)

שאלה למבצע הבדיקה: .

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השונה ובגבלה בכתף שמאל

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

מעש/ת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/03/2021

ד"ר סרנגה דן
אורתופד מנתח
מ.ר.מ. 23479
מ.ר.מ. 23153

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2021 עד תאריך - 12/09/2021

מרכז זימון תורים 1-700-50-35-55

מכון CT

הנדון: דוידוביץ, רחל, ת.ז: 014591424 תאריך לידה: 26/10/1963

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 06/04/2021

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש הצווארי

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S.
שינויים אוסטאופרוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי.
הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
זיזים ניווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים.
שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה C2-C3, C3-C4.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי, בגובה C4-C5, C5-C6 ו-C6-C7.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.

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

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ

מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק מכיל את כל הבדיקה.

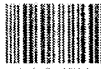
נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

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

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



023479

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ: 0545687775	טלפון: 0506973277	טל.עבודה/נייד: 62998
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998		

מכון

שם המכון: רפואה משלימה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון ציד' בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השונה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צווארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן, C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6 ו-C6-C7.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לירדוזיס ניכר

- אבחנה:
- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
 - PAIN SHOULDER Left
 - CERVICALGIA
 - RADICULOPATHY Right CERVICAL

HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

הבדיקה הדרושה: לצוואר

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

27/04/2021

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-160 יום, מתאריך - 27/04/2021 עד תאריך - 24/10/2021



023479

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 216752230

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0506973277
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צדי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השינה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צווארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי, הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים גיווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנזיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

תרופות קבועות:

HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

מעשנ/ת: לא

סיבת ההפניה: לצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2021 עד ותאריך - 24/10/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/04/2021

תאריך

ד"ר סרגה דן
אורתופד מנתח
מ.ר. 23479
מ.ר.מ. 153

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



023479

קוד הפניה: 216752230

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ: 0545687775	טלפון: 0506973277	טל.עבודה/נייד: 0506973277
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בתד. במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השניה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צוארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטריים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנזיס ספנילית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

אבחנה:

HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: לצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2021 עד תאריך - 24/10/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/04/2021

חתימה וחוקת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

דר' שלומית פלד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



035198

קוד הפניה: 227291244

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 14591424

שם פרטי: רחל

שם משפחה: דוידוביץ

טל.עבודה/נייד: 0545687775

טלפון: 0545687775

מין: נ

ת.לדה: 26/10/1963



0014591424

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 57, ג'2, עו"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל.2 *C/S.

אלרגיה - לא ידוע

הרגלים - עישון. שוללות אתיליזם / סמים.

ללא פעילות גופנית סדירה

במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ריאות בגיל 73. סבתא מצד אבא- סרטן שחלות נפטרה בגיל 46.

IHD מגיל צעיר.

מ.ב.:

15/11/2020

ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.

ללא חסר נירולוגי.

עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.

הגבלה בתנועות צוואר וכאבי ראש. הומלץ על פיזיו' ורפואה משלימה

בביקור בתאריך 12/07/2021 בשעה 12:44:59

כאבים והגבלה בתנועות צוואר - מופנית לפיזיו'.

TENSION HEADACHE

אבחנה:

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

LUSTRAL 50MG X 28 1X1X90
HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: MVA

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/07/2021 עד תאריך - 08/01/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

12/07/2021

חתימה וחתימת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ביקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

גיל: 57.10

שם רופא/ה: ד"ר סרגה דן

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 79096511

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בתד במנגנון צידי בדרכה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השניה והגבלה בכתף שמאל
 27/04/2021 עם הדמיה
 12/09/2021 כאבי צוואר, שכב ימין וראש

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
 צילום עמוד שדרה צווארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניוניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי. הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי. בלט דיסק מרכזי קטן C2-C3, C3-C4. בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6. אין עדות לסטנודיס ספילית לאורך ע"ש הצווארי. יש יישור לורדוזיס ניכר

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT			
PAIN SHOULDER	Lt		
CERVICALGIA			
RADICULOPATHY	Rt		
CERVICAL			

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 11/03/2022	הפניה כללית - מכון
בתוקף עד - 11/03/2022	הפניה כללית - מכון

תחופות	מימן	Rp <Days>	אופן השימוש
DIPROSPAN 2ML 2CC	1 amp X 1 -1 op	1 <1>	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.
ESRACAIN 1% 1% X10CC X50	1 amp X 1 -1 op	1 <1>	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.
מזרק 5 סמ"ק + מחט 21	1 X 1 -1 op	1 <1>	1 כפול 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 1 ימים.
BREXIN 20MG X 20	1 lab X 1 -1 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.
ROKACET PLUS 24 CAP	1 lab X 3 -3 op	1 <20>	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.

הודפס בתאריך: 12/09/2021 18:26
הודפס ע"י: ד"ר סרנגה דן
רישום מתאריך: 12/09/2021 18:18:57

דף 2

רישום ביקורים
דוידוביץ רחל; ת.ז.: 14591424; גיל: 57.10

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
MUSCOL 20TAB	1 tab X 3 -2 op	1<10>	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים. עם האוכל

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

תאריך: 12/09/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0056148794



023479

קוד הפניה: 235573444

כתובת: רש"י 30, בני ברק

התמחויות: מומחה כירורגיה אורתופדית

ד"ר סרגה דן

כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לדה: 26/10/1963	מ.י.נ:	טלפון: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו			
0014591424			

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

שם המכון: E.M.G - דר. ריטה פישל רח' שפרינצק 3 ת"א טל: 6963533

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השינה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה
12/09/2021 כאבי צוואר, שכם ימין

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניוניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו נרטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן, C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C6-C7, C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנזיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

תרופות קבועות:

LUSTRAL 50MG X 28 1X1X90
HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

מעש/ת: לא

הבדיקה הדרושה: EMG + NCV גפיים עליונים

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

12/09/2021

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

ליזמון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555' או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/09/2021 עד תאריך - 11/03/2022

תאריך: 12/09/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0056148794



023479

קוד הפניה: 235575084

כתובת: רש"י 30, בני ברק

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.ל.י.ד.:	26/10/1963	מ.י.נ.:	טלפון: 0545687775
ת.ל.י.ד.:	ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו	טל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת:			

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

שם המכון: רפואה משלימה

תלונות:

בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בתד. במנגנון צידי בדרכה לעבודה. מתלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפריעים השינה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה
12/09/2021 כאבי צוואר, שכם ימין וראש

ממצאים:

US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צווארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינוניים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זידים ניווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרם ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן. C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנזיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right CERVICAL

תרופות קבועות:

LUSTRAL 50MG X 28 1X1X90
HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

מעש/ת: לא

הבדיקה הדרושה: לצואר

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

12/09/2021

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/09/2021 עד תאריך - 11/03/2022



0056148794



023479

קוד הפניה: 235575084

כתובת: רש" 30, בני ברק

מומחה כירורגיה אורתופדית

ד"ר סרגה דן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:

שם פרטי: רחל	שם משפחה: דוידוביץ	ת.ז.: 14591424
תלמידה: 26/10/1963	מיון: טלפון: 0545687775	טל. עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו	0014591424	

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

שם המכון: רפואה משלימה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד. במנגנון צידי בדרכה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפריעים השינה והגבלה בכתף שמאל

27/04/2021 עם הדמייה

12/09/2021 כאבי צוואר, שכס ימין וראש

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צווארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורוטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניווניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו-דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו ורטברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6 ו-C6-C7.
אין עדות לסטנזיס ספילית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

אבחנה:

LUSTRAL 50MG X 28 1X1X90
HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

הבדיקה הדרושה: לצוואר****נא להצטייד בכרטיס מגנטי****

12/09/2021

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לדימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/09/2021 עד תאריך - 11/03/2022

תאריך: 12/09/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0056148794



023479

קוד הפניה: 235573444

כתובת: רש"י 30, בני ברק

מומחה כירורגיה אורתופדית

ד"ר סרנגה דן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 14591424

שם פרטי: רחל

שם משפחה: דוידוביץ

טל.עבודה/נייד: 0545687775

0545687775

טלפון:

מין: ג

26/10/1963

ת.לידה:

ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו

כתובת:



0014591424

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

שם המכון: E.M.G - דר. ריטה פישל רח' שפרינצק 3 ת"א טל: 6963533

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפריעים השינה והגבלה בכתף שמאל
27/04/2021 עם הדמייה
12/09/2021 כאבי צוואר, שכם ימין

ממצאים: US כתף 14/04/21 בורסיטיס ושינויים קלים ACJ
צילום עמוד שדרה צוארי 06/04/21 הודגמה סקוליאוזיס מינימלית בצורת S. שינויים אוסטאופורטיים קלים לאורך ע"ש הצווארי. הגובה של גופי החוליות שמור. המרווחים הבינחולייתיים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7. זיזים ניוניים קדמיים בינוניים ואחוריים קטנים באותם גבהים. שינויים ארטרוטיים במפרק האטלנטו דנטלי.
הנקבים הנאורליים הודגמו מוצרים מגובה C4 עד גובה C7.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטרים ואונקו זרטרברלים לאורך ע"ש הצווארי.
בלט דיסק מרכזי קטן C2-C3, C3-C4.
בלט דיסק אחורי קל C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנודיס ספינלית לאורך ע"ש הצווארי.
יש יישור לורדוזיס ניכר

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

אבחנה:

LUSTRAL 50MG X 28 1X1X90
HYLO-COMOD 10ML 1X4X90

תרופות קבועות:

מעשנת/ לא

הבדיקה הדרושה: EMG + NCV גפיים עליונים

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

12/09/2021

חתימה והותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לדימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אתר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/09/2021 עד תאריך - 11/03/2022

תאריך: 12/09/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר סרגה דן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ד.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ. ב	טלפון: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו			

תמצית הביקור מתאריך 12/09/2021 בשעה 18:18

תאריך הביקור: 12/09/2021

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שגרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
DIPROSPAN 2ML 2CC	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים	* AMP. DIPROSPAN 2ML 2CC <1 OP> [57660]
ESRACAIN 1% 1%X10CCX50	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים	AMP. LIDOCAINE 1%X10CCX20 <1 OP> [55817] * AMP. ESRACAIN 1% 1%X10CCX50 <1 OP> [35241]
מזרק 5 סמ"ק + מחט 21	כפול 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 1 ימים	מזרק 5 סמ"ק + מחט 21
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. BREXIN 20MG X 20 <10 Units> [5853]
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP <2 OP+12> [72116]
MUSCOL 20TAB	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. MUSCOL 20TAB <1 OP+10> [1403]

הפניות, אשורים ודפי מידע

עד תאריך

מתאריך

שם/תיאור

סוג

הפניה
הפניה כללית - מכון
הפניה
הפניה כללית - מכון

001790965114

תאריך: 12/07/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שלומית פלד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מין: נ	טלפון: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28/4, תל אביב - יפו			
0014591424			

תמצית הביקור מתאריך 12/07/2021 בשעה 12:44

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
LUSTRAL 50MG X 28	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים	* TAB. SERENADA 50MG X 28 < 3 OP+6 > [74581] TAB. LUSTRAL 50MG X 28 < 3 OP+6 > [69971] TAB. SERTRALINE TEVA 50MG X 30 < 3 OP > [61845]

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך	סוג
בדיקות מעבדה			הפניה
מכון פיזיותרפיה			הפניה

00173050977 1

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים -
ישיר

(עמודים 34 עד 34)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

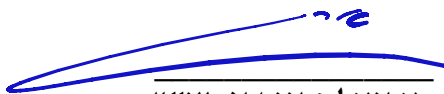
רחל דוידוביץ' - נ ג ד - ישיר חברה לביטוח בע"מ

התובעת, רחל דוידוביץ', מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי ובתחום הפסיכיאטרי, לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה 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

נספח 4 :

נחתמו - נספח

(עמודים 36 עד 39)

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ 014591424 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

אישור

אני הח"מ עו"ד _____, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 4.4.27
הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
014591424 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.

חתימת עורך הדין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 01459424, מרחוב י' כ"ר 21 ת"ע,
ת.ז. מס' 1.10.20 במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 1.10.20
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. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

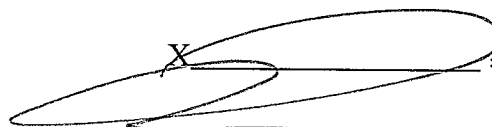
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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.

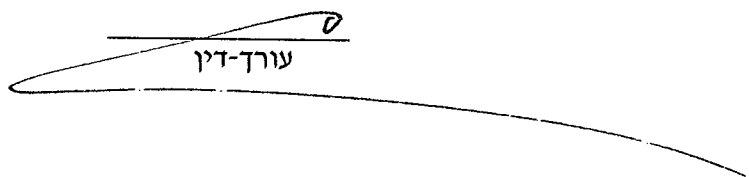
ולראיה באתי על החתום

היום 4 לחודש 4 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרזניץ
מס' רשיון: 62254


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>רזיאל</u>	שם פרטי <u>רחל</u>	תעודת זהות <u>014591424</u>	שם האב _____
ר"ט <u>28</u>	מס' <u>28</u>	מיקוד <u>671</u>	טלפון _____
רחוב	עיר	מס'	שם האב

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 הבראות 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 הבראות 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: <u>מכר</u>	סניף: _____	מס' חבר: _____	שם המוסד: _____
רופאים: _____	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות: _____	1. _____	2. _____	3. _____
_____	_____	_____	_____

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

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

תאריך: 4.4.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 עוזר אריאל פרייברג חתימה: X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)