

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

תאריך חתימת המסמך: 29.11.21

התובעת: **נועה מאנסור, ת"ז 318322419**
מרחוב אורי צבי גריף, גבעת שמואל

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 –

הנתבע: **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300; פקס: 03-9620303
דוא"ל: poolmoked@pool.org.il

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 והתובעת 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.

(1) בעלי הדין:

1. התובעת, ילידת 24.5.1997, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מספר רישוי 140-10-402 (להלן: "**הרכב/האופנוע**").
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 אישור משטרה וצילום רישיון נהיגה, 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, לא התאפשר לתובעת, שליחה על אופנוע במועד התאונה, להמשיך בעבודתה ונגרמו לה הפסדי השתכרות.
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 16/10/2020, בשעה 12:00 או בסמוך לכך, ברחוב מרדכי גור 11, בגבעת שמואל, החליקה התובעת, נפלה והאופנוע נפל עליה והיא נחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות ברגלה הימנית. בדיקת הדמיה אשר כוונה לכך רגל ימין הדגימה שבר DP עם מעורבות תוך פרקית. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה כשהיא מנועה מדריכה בהמלצה להמשיך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. נוכח החמרה ניכרת בכאבים ונפיחות בשוק, בקרסול ובכף רגל ימין עד כדי קושי בתנועה פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי במוקד טרם לרפואה דחופה שם נשלל חשד לשבר בשוק ובקרסול ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת בהמלצה לנטילת משככי כאבים, מנוחה והמשך מעקב רפואי.
10. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים וקושי בהליכה כמו גם מנפיחות ובצקת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והופנתה לביצוע

טיפול פיזיותרפיה. כן, נוכח הכאבים בשוק ימין הוחלט להפנותה לביצוע בדיקת אולטרא-סאונד.

11. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה בסיומם נותרה היא עם כאבים והגבלה בתנועות קרסול וכף רגל ימין.
12. בדיקת אולטראסאונד אשר כוונה לקרסול ימין הדגימה טנסוביטיס בגידים הפרונאליים והוחלט להפנותה למכון אורתופדי לצורך התאמת קרסוליה, מדרסים, והמלצה להמשך טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב רפואי.
13. התובעת אשר בצעירותה סבלה מהפרעות אכילה, השתקמה ושמרה על משטר חיים קפדני בשילוב פעילות גופנית. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה לא הצליחה התובעת להמשיך ולשלב פעילות גופנית ודבקות במשטר תזונתי קפדני, מצב רוחה ירד ובטחונה העצמי התערער.
14. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות קרסול וכף רגל ימין, מקושי בהליכה ועמידה ממושכות, מקושי בירידה ועליית מדרגות, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מנפחות וקושי בנעילת נעליים סגורות, מחוסר יציבות, מהפרעות הנוגעות לדימוי גופה, בטחונה העצמי נפגע ומצב רוח ירוד, והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
15. במועד התאונה עבדה התובעת כשליחה על כלי רכב דו גלגלי עם כוונה להתחיל לימודים אקדמיים. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצה התובעת לעזוב את עבודתה ונגרמו לה הפסדי שכר.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה ולכך שעובר לתאונה התניידה באמצעות כלי רכב דו-גלגלי, נזקקת עתה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע 1:
 - א. נזק מיוחד:
 - (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 85,500
 - (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 18,000
 - (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 5,000
 - (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 13,500
 - ב. נזק כללי:
 - כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקיה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
 - (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות נידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

19. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
20. 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)

עמוד	שם המסמך
7	נספח 1: (עמודים 7 עד 9)
11	נספח 2: (עמודים 11 עד 38)
40	נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - אורתופדי- הפול (עמודים 40 עד 40)
42	נספח 4: נחתמו (עמודים 42 עד 45)

נספח 1 :

נספח 1

(עמודים 7 עד 9)

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2020	857318 /
תאריך	17/11/2020	סיווג תיק	ת.ד.	כללי
מס' תיק מסוף	9	מס' מסמך בתיק	2008	14622
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607	
כתובת	אמץ 2, תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il	
נושא המסמך				

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 16/10/2020 בשעה 12:00
2. מקום התאונה: גבעת שמואל מרדכי גור 11 באחר, שלא פורט לעיל הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי רכב			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	
14010402	אופנוע	קואנג יאנג טין	
חברת ביטוח		מספר פוליסה	סוג לוחית
הפול הישראלי		20424200035422000	ישראלית
מעורבים ברכב			
שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג	318322419	נועה מאנסור	24/05/1997
כתובת		קופ"ח / בית חולים	
גבעת שמואל, אור' צבי גרי, 9		שיבא - תל השומר	
חומרת הפגיעה			

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 17/11/2020

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1117902	אלבו	תהל

פרטי השוטף החוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1117902	רסמ	אלבו	תהל

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל

1. MANSUR
2. NGA
3. 24.05.1997
4. 24.05.2023
5. 9678567
6. 2419
7. 2419
8. 2419

9. A2 B

Categories of Vehicles כלי תחבורה

IL 318322419

	A2		2013
A	A1		
	A		
B		 	2014
C	C1		
	C		

D		
D	D1	
	D2	
	D3	
E		
1		

Restrictive Conditions of Use
AUTOMATIC GEAR

318322419

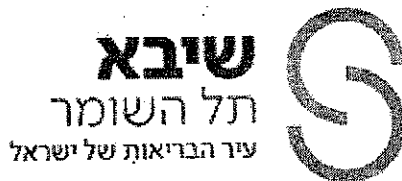
21/04/2019/5006

נספח 2 :

נספח 2

(עמודים 11 עד 38)

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

318322419 מאנסור נועה

בת: 23

כתובת: אורי צבי גרינברג 9 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5442231
מספר קבלה: 01610116102020
תאריך ביקור: 16/10/2020 14:08

אבחנות מסכמות

- Closed fracture of distal phalanx of finger (Right) (816.02)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

תחלואה נלוות

- Atopic dermatitis (691.8)

ניתוחים בעבר

S/P Tonsillectomy

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות:

בריאה בד"כ, לדבריה במהלך עבודתה כרוכבת קטנוע החליקה עם חבלה ברגל ימין
ללא חבלת ראש
חבלה בכף רגל ימין בעיקר אצבע מס' 1
שוללת היריון

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
14:39 16/10/2020	2

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 15:00 16/10/2020

בת 23 בריאה בד"כ לבריה בזמן עבודת משלוחים נחבל בבוהן ימין מאז כאב בבדיקת רגישות וכאב במישוש בוהן 1, ללא חסר
NV דיסטלי בצילום שבר DP עם מעורבות תוך פרקית ללא תחזה משמעותית לטיפול שמרני קיבוע אצבע לאצבע המלצות

המלצות

תאריך ושעה

נושא

גרשם ע"י

פרטים

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 ביקורת אורטופד קופ"ח בעוד שבועיים

16/10/2020

משככי כאבים

15:00

מנוחה 5 ימים

בהחמרה פנות לרופא או לגשת למיין

מעקב רופא מטפל

Amir Hadija

16/10/2020 15:00:34

DocuSign

נחתם ע"י: ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לביחור תשובות תרבית / וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה בין השעות 8:30 עד 11:00 לטלפון 03-

5309159

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל

כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

תאריך: 22/10/2020

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					מאגיסור נועה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	24/05/1997	משה	שם האב
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	רחוב	9 / 45	מס בית	טלפון	54 - 2080265
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	54 - 2080265

תאריך תאונה: 16/10/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם הרופא המטפל: דר יורם בלור

הממצאים הקליניים: שבר באגודל

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
		TRAUMATIC FALL
		FRACTURE RT FOOT

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/10/2020 עד יום 30/10/2020 (בכלל)	סה"כ 8 ימים
תאריך מתן התעודה: 22/10/2020	ת. הבדיקה: 22/10/2020
חותמת המרפאה	חותמה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

צוות מרפאות טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה חבלה באצבע תא עבודה	תיק מס' 363601	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס' 874148	תאריך ביקור Date 00:18 05/11/2020
---------------------------------	-------------------	--------------------------------	---------------------	---

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאה ד"ר. רסלן אבו ח	שם: Name: נועה מאנסור תז: ID: 318322419	א. לשתף את הרופא הקבוע שלך בסימנים הביקור לשם מעקב יקץ זופה: כללית
---------------------------------------	---	--

סיכום הביקור:

אבחנה: Tosis

usion of leg

66, TempC: 36.7 PO, O2sat: 100, BP: 111/70 (other vitals may be on scanned chart)

23 years 6 months

Pain Exam:
ANKLE: Limp, Fell < 1 m, Pain started in > 1 hr, NOT Medially tender, NOT Laterally tender, NOT Anteriorly tender, NOT
nder, Navicular NOT tender, Calcaneus NOT tender.

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בת 23, בריאה בד"כ, ללא רגישויות ידועות
לפני שבועיים היתה מעורבת בתאונת דרכים ונפלה כך שהאפונה אשר נהגה נפלה מעליה - נבדקה במיון ואובחן שבר בבוקן / ברגל ימין.
נעת מתלוננת על כאבים ונפיחות בשוק שהלכו והחמירו בימים אחרונים. ללא חום.

בדיקה גופנית:
כמצב כללי טוב
ציבה נשימתית והמודינמית
מדדים חיוניים תקינים
שוק ימין: המטומה קלה בעקב ובשוק ללא אודם או סימני זיהום. נפיחות קלה בשוק עם רגישות במגע ללא פלוקטואציה. ללא סימני DVT
כף רגל ימין: רגישות לאורך בוקן, ללא רגישות נוספת. ROM תקין, ללא חסרים NV

צילום שוק ימין: לא הודגם שבר
צילום קרסול ימין: לא הודגם שבר

די דימיר 0.15 תקין

No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive, No fever over 38, No
cough, NOT in quarantine

(results scanned on actual chart)

מהלך ודיון:
ללא עדות לשברים בבדיקת
המלצות:
משככי כאבים
מעקב רופא מטפל
בכל מקרה של החמרה נא לפנות לבדיקת רופא בהקדם
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק
בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיוק)

צילומים שבוצעו:

Emergency Care Center in the
td.
50, Bnei Brak 51328
Fax:072-2740627



איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
בוטינסקי 160, בני ברק 51328
פקס: 0722740627 1599-5

ription

23.47yrs

אורי צבי גרינברג
שמואל

IC 874148 #ביקור

רשם

ר: נועה מאנסור

ה: כללית

05/11/2020 תאריך ביקור

318322419

Paracetamol 325mg

37.5mg PO

tablet

e) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #:15 (Fifteen) tablet



נועה מאנסור | ת"ז: 318322419 | טל': 0542080265 | גיל: 23 | תאריך לידה: 24/05/1997

סיכום ביקור

תלונה עיקרית, כאב בבהמות, ברגל ימין. סיפור של התחלה חדה של כאב, שהחל בתאריך 16/10/2020.

לפי דברי המטופל: "תאונה דרכים
עיוות של הבהון וכאבים".

בדיקה פיזיקלית:

הלוקס ולגוס, בהמות ימין

בעמידה הקרסול ולגוס קל, צורת כף הרגל שטוחה, גמישה

ללא אודם, חום מקומי או סימנים אחרים לזיהום. ללא רגישות במישוש סביב הקרסול. ישנה רגישות למישוש בכף הרגל, האזורים
הכואבים למישוש בכף הרגל הם, אחר מפרק IPJ.

תחושה בכף הרגל שמורה טיול שלילי. דפקים נמושו תקינים גידים חוצי קרסול תקינים.

טווח תנועה של הקרסול: תקין ללא כאב בתנועת מפרק הקרסול.

טווח תנועה סוב טלרי: תקין. ללא כאב בתנועת מפרק סוב טלרי.

ללא כאב בהנעת הבהון הראשונה. הבהון הראשונה עם טווח תנועה תקין
רגישות קלה בהנעת מפרק IPJ וסטייה של הבהון: בינונית

אצבע 2: במנח תקין

אצבע 3: במנח תקין

אצבע 4: במנח תקין

אצבע 5: במנח תקין

הדמיות: ימין 16/10/2020 XR

שבר חלק מדיאלי של בסיס גליל מרוחק, ללא תזוזה

fracture of toe

סיכום: מדובר בשבר בסיס גליל דיסטלי בהן ימין.

הוסבר כי הכאבים יחלפו עם הזמן.

למעקב אורתופד בקופת החולים

תוכנית:

מדריס, תמיכה בקשת מדיאליה תמיכה והגבת קשת מדיאליה

פזיותרפיה, פיזיותרפיה הפחתת נפיחות ובצקת, מתיחות לשרירי המאומים, חיזוק שרירים סביב הקרסול וכף הרגל, עבודה על
פרופריספציה ועליה על אצבעות.

ד"ר אלון בורג | מספר רישון 32827 | מ. רישון מומחה 28693

מרפאות שר"פ פלוס- פתח תקווה, כפר סבא |

טלפון המרפאה 8440*, טלפון מזכירה 050-3636033

מייל: dr.alon-burg.co.il | אתר: www.dr.alon-burg.co.il | dr.burg.clinic@gmail.com

שם הרופא: ד"ר יורם בליך
תחום: מומחה ברפואת פנימית
מספר רשיון: 29333
כתובת: באר, 10
טלפון: 03-7385200
פקס: 03-7385201
מרחק: מחוז דפ"ת

תאריך: 18/01/2021

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה חיוניות בכפוף לסל השינויים)

מספר נועה	00-31832241-9	נ	23.08	משה	24/05/1997
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	תלדה	שם האב
נבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	54	7/45	54	3080265
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	מספר	טלפון מסך

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה: 18/10/2020



5149



035149188374



0318322419



029333

מספר הפניה:

35149188374

רשיון רפא

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

029333

לכבוד: פיזיותרפיה
הפחתת בעקת ומתיחות בשרירי התאומים. חיזוק שרירי קרסול וכף רגל

שירות שנבחר

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

PAIN RT LEG

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

ת
שלוחה על אופנוע במקדולנד
רכב חצה את גתית הנסיעה
איבדה שליטה
נפלה ונחבלה ברגל ימין באיזור שוק מדיאל וקרסול ימין
אבא שלה העביר אותה למיון שיבא
צילום שבר בבוחן 1 רגל ימין
לא נדרש קיבוע
חומלך משככי כאבים אישור מחלה 5 ימים
22/10/2020
01/11/2020
15/11/2020

25.73 bmi 07/12/2017 77

סימנים חיוניים: גובה 173 משקל 07/12/2017

לחץ דם 70 96 10/02/2020

דופק 54 28/07/2014

סה"כ 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע חוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-31832241-9 הודפס ע"י ד"ר יורם בליך

הפניה למכון פיזיותרפיה

מאגיסור נועה

בעיות פעילות	א.פ.י.	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
07/12/2017	suspect	EATING DISORDER
		ASTHMA

תרופות קבועות

שם	כמות	א. ה. ה. ה.	תדירות
2	שאיפות	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB.320 MCG/9MCG 320mc

ד"ר יורם בלור
שם הרופא
29333
מספר רשיון
חתימה וחתימת הרופא

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

ס.ה.ר 7

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-31832241-9 הודפס ע"י ד"ר יורם בלור

הפניה למכון פידיוטרפיה
מאגסור חנה

תאריך: 14/02/2021
שעה: 09:51
דף: 1

שירותי בריאות כללית - מחוז דן-פ"ת
מכון פיזיותרפיה - ר"ג-מכון פיזיותרפיה

הזמנה לטיפול

מספר זהות: 31832241

המבוטח: נועה מאנסור

תאריך	יום	שעה	חדר	מטפל/ת	סוג בקור
14/02/2021	א	09:00	1	איבחון להמשך טיפול רגיל - חדש	
14/02/2021	א	09:40	1	איבחון להמשך טיפול רגיל - חדש	
16/02/2021	ג	15:00	1	כספר ברינה הדרכה	

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון: 03-6752870

כתובת המרפאה: מת גן, הרצל 34
אוטובוסים: 45, 57, 61, 67

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

שם הרופא: ד"ר סרחיו דניאל פריימן
 תחום: אורטופד
 מספר רישיון: 36481
 כתובת: רוטשילד 119
 טלפון: 03-9395200
 פקס: 03-9395201
 מרפאה: רוטשילד-מרכז מקצועי מחוז דן-פ"ת

תאריך: 09/02/2021
 10:48

הפניה כללית

פרטי המטופל	מאגיסור נועה	00-31832241-9	23.08	נ	24/05/1997	משה
שם משפחה ושם פרטי	שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
אורי צבי גרינברג	54	9 / 45	9	מ	54	54 - 2080265
רחוב	טלפון	מס בית			טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 16/10/2020

מספר הפניה ישירה: 32016981422



לכבוד: א.ס. שוק ימין

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות
78003	L1028	א.ס. US וקמחות רכות	שירות משה"ב
			רפואי
			10405037

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY, NOS.	
9249	HEMATOMA	leg r/

תלונות: ב.ת. 2/3 מתלונות כאבים שוק ימין אחרי מכה

ממצאים בבדיקה: כאבים שוק ימין פנים 1/2 1/3
 ללא דלקת ללא בעקת ללא שטף דם
 ללא הגבלה

דיון/תוכנית טיפולית: א.ס.
 ביקור חדש

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY

ד"ר סרחיו דניאל פריימן
 תחום אורטופדיה - סקולוס
 36481

הפניה כללית: ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***
 מאגיסור נועה: 00-31832241-9 תודפס ע"י ד"ר סרחיו דניאל פריימן 09/02/2021
 דף 1 מ 2

מגילוי	איפיון	בעיה
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
08/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

תרופות קבועות				
ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	שאיפות	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB 320 MCG/9MCG 320mc

חתימה וחוקמת הרופא
 שם הרופא
 ד"ר סרחיו דניאל פריימן
 מספר רשיון
 36481

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

הפניה כללית
 מאגסור מעה
 00-31832241-9 הודפס ע"י ד"ר סרחיו דניאל פריימן 09/02/2021
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 2 מ 2

כללית

שם מטפל
תחום
כתובת
טלפון
פקס

מטפלה: מכון פדיותרפיה זבוטינסקי מחתך: ד"ר פ"ת

תאריך 15/07/2021

סיכום טיפול

פרטי המטפל

מאגיסור נועה	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	משה	שם האב
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	9 / 45	9	נ	24/05/1997	54	טלפון טסר
שוכ	רחוב	מס בית			טלפון	2080265	

מס' הפניה במכון הפדיותרפיה: 210517576 מספר זהות הפניה: 35149188374

תאריך הפניה: 18/01/2021

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר יורם בלך רשיון רופא: 29333

מטפלה: מרפאת גבעת שמואל

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה

צד	קוד	אבחנה
		PAIN RT LEG

אבחנה לטיפול

צד	קוד	אבחנה
ימין	825	FRACTURE TARSAI

תאריך תחילת טיפול: 14/02/2021 תאריך סיום טיפול: 15/07/2021

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטים: 11

מס' אי הופעות לטיפול: 4

רשימת כל הטיפולים

כמות	טיפול
1	אבחון ראשוני בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הערכה מחדש - בדיקה
10	הדרכה לתרגול בבית
8	תרגול כללי
6	תרגילי יציבות ופרופריוספציה
6	הדרכה ויישום (לאחר חיים בריא)
2	הבישה/taping/ניזויים

דף 1 מ 2

15/07/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הורפס ע"י יונקר עדנה 00-31832241-9

סיכום טיפול

מאגיסור נועה

סיבת סיום טיפול: 01-מיום טיפול

כאבים:

אזור	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
לא רלוונטי			

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: עדיין כאבים באספקט לטרלי של הקרסול רצועה וצידיים קבוצות סיפינג ותרגול פרופריוצפטיבי המלצה להתייעץ עם מומחה כף רגל תמשוך תרגול עצמי קרוב משחה

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

15/07/2021
06/07/2021
01/07/2021
24/06/2021
10/06/2021
20/04/2021
22/03/2021
01/03/2021
22/02/2021
16/02/2021
14/02/2021

יונקר עדנה

שם מטפל

מכון פזיורתופדיה
יונקר עדנה
פזיורתופדיה
מ"ר 95047
מכון פזיורתופדיה רחל רייג
חתימה וחותמת

סיכום טיפול

מאבסור נועה

דף 2 מ

15/07/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י יונקר עדנה

00-31832241-9

כללית

שם הרופא: ד"ר עופר להב
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 19176
כתובת: שלמה המלך, 37
טלפון: 03-7381100
פקס: 03-7381101

מרחק: דן-פ"ת מרחק: דן-פ"ת מרחק: דן-פ"ת

תאריך: 28/07/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					מאגיסור גזעה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זכות	גיל	ג' 24.02	נ' 00-31832241-9	משה	24/05/1997
אורי צבי גרינברג	9 / 45	מס זכות	גיל	נ' 00-31832241-9	שם האב	שם האב
גבעת שמואל	מס זכות	גיל	ג' 24.02	נ' 00-31832241-9	שם האב	שם האב
ישוב	מס זכות	גיל	ג' 24.02	נ' 00-31832241-9	שם האב	שם האב

תאריך תאונה: 16/10/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 39278276634



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכוני הרנטגן והדימות ב- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס הפניה, 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: בדיקת אולטראסאונד

שירות שנבחר	קוד	קוד	קוד
שירות	שירות	שירות	שירות
שירות	שירות	שירות	שירות
שירות	שירות	שירות	שירות

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/10/2020: החליקה ונפלה נחבלה בכף רגל ימין, בבדיקה במנין תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרוחק, בוחן 1, שחרורה עם קבוע אצבע כאבים בבוחן כף רגל ימין. ב- 28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסוגר

ממצאים עיקריים: בדיקה גופנית מתאריך 27/10/2020: עלייה ברגל ימין, תחבושת באצבעות 1-2 כף רגל ימין. 28/07/2021 רגישות ATFL

אבחנה משוערת	אפיין	קוד
FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED	RT DIST BIG	8285
ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt	L16

דף 1 מ 2

28/07/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** מודפס ע"י ד"ר עופר להב

הפניה לדימות מאגיסור גזעה

דיון/תוכנית טיפולית: 27/10/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך: 27/10/2020
 ביקור חוזר עם צילום ביקורת
 ההפניות שהופקו ב: 27/10/2020
 הפניה לדימות - 78106-צילום אצבע בכף הגל
 28/07/2021

בעיות פעילות

מגיל	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

15/07/2021 מתאריך CREATININE: 0.98

חתימה וחותמת הרופא
 חתום: ד"ר עופר להב
 מספר רשיון: 19176

19176

ד"ר עופר להב

מספר רשיון

שם הרופא

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

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

28/07/2021

הודפס ע"י ד"ר עופר להב

08-31832241-9

הפניה לדימות

מאגיסור נועה

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות ,
המוסר שלא כדין עובר עבירה



שם הרופא: שם הרופא
 תחום: תחום
 מספר רשיון: מספר רשיון
 כתובת: כתובת
 טלפון: טלפון
 פקס: פקס
 מרפאה: מרפאה: רופאים עצמאיים - גבעת שמואל מחוז: דן-פ"ת

תאריך: 27/10/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל	מאגיסור נועה	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	24.05	24/05/1997	משה
00-31832241-9	שם המשפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	24.05	24/05/1997	משה	שם האב
אורי צבי גרינברג	9 / 45	מס בית	טלפון	טלפון	54 - 2080265	54 - 2080265	טלפון	טלפון
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	54 - 2080265	54 - 2080265	טלפון	טלפון

מכון אורטופדי



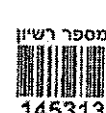
2294



032294018593



0318322419



145313

אבחנה משוערת

אבחנה	אפיון	קוד
FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED	RT DIST BIG	8260
ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt	L16

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 28/07/2021
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 27/10/2020
 החליקה ונפילה בחבלה בכף רגל ימין, נבדקה במיון תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרוחק בזהו 1, שוחררה עם קבוע אצבע כאבים בבוהן כף רגל ימין
 28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסוגר
 27/10/2021: המשך כאבי קרסול מימין כשנה אחרי ת"ע / ת"ד המשך כאבים במיוחד אחרי מאמץ תחושת אי-ציבות + נפוחות סוף הידום לדבריה

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך: 28/07/2021
 בדיקה גופנית מתאריך: 27/10/2020
 צליעה ברגל ימין, תחושות באצבעות 1-2 כף רגל ימין
 28/07/2021: רגישות ATFL
 27/10/2021: לפי בירור קליני היום
 PES PLANUS דו"צ סימטרי משמעותי אבל גמיש רגישות של הידיס הפרונאליים מימין ללא סימני אי-ציבות ללא אי-ציבות רצועתית אובייקטיבית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

27/10/2021

00-31832241-9 הודפס ע"י בנימין פדידא

מאגיסור נועה

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/07/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/10/2020
 ביקור חוזר עם צילום ביקורת
 ההפניות שהופקו ב 27/10/2020
 הפניה לדימות - 78108-צילום אצבע בכף רגל
 28/07/2021
 ההפניות שהופקו ב 28/07/2021
 הפניה לדימות - 78003-א.א. US קרסול ימין
 27/10/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	שאיפות	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB. 320 MCG/9MCG 320mc

מסרת ההפניה: קרסול ימין אלסטית עם חיזוק סיליקון

בנימין פדידא

145313

מספר רשיון

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

27/10/2021

00-31832241-9 הודפס ע"י בנימין פדידא

מאגסור נועה

תאריך 27/10/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

מאנסור נועה	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	24.06	24/06/1997	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	24.06	24/06/1997	משה	שם האב
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	9 / 45	9	54	2080265	54	2080265
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/10/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/07/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/10/2020:
החליקה ונפלה וחבלה בכף רגל ימין, נבדקה במיון תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרחוק בוחן 1, שחררה עם קבוע אצבע כאבים בבוחן כף רגל ימין
28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסינדר
27/10/2021
המשך כאבי קרסול מימין כשנה אחרי ת"ע / ת"ד המשך כאבים במיוחד אחרי מאמץ תחושת אי-יציבות + נפיחות סוף הידום לדבריה

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 28/07/2021:
בדיקה גופנית מתאריך 27/10/2020:
צליעה ברגל ימין, תחבשות באצבעות 1-2 כף רגל ימין
28/07/2021
רגישות ATFL
27/10/2021
לפי בירור קליני היום
PES PLANUS דו"צ סימטרי משמעותי אבל גמיש רגישות של הידיספ הפרונאליים מימין ללא סימני אי-יציבות ללא אי-יציבות רצועתית אובייקטיבית

קוד	איפיון	אבחנה
8260	RT DIST BIG	FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED
L16	rt	ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/07/2021

דף 1 מ 2

27/10/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-31832241-9 הודפס ע"י בנימין פדידא

סיכום ביקור

מאנסור נועה

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/10/2020:
 ביקור חוזר עם צילום ביקורת
 ההפניות שהופקו ב 27/10/2020:
 הפניה לדימות - 78106-צילום אצבע בכף רגל
 28/07/2021
 ההפניות שהופקו ב 28/07/2021:
 הפניה לדימות - 78003-א.ס. US קרסול ימין
 27/10/2021

סטטוס	התחייבות	קוד	פרטי ההפניה	הפניות
הודפס		H138		נופס הפניה כללי - נוסח חופשי
הודפס		H138	קרסול ימין אלסטית עם חיזוק סיליק	נופס הפניה כללי - נוסח חופשי
הודפס		H9	80074-טיפול פיזיותרפי פרטני	הפניה לפיזיותרפיה
הודפס		H3	78218-צילום קרסול ימין בעמ	הפניה לדימות

בברכה,

145313

בנימין פרידא

שם הרופא	מס' רשיון	תתימה וחתימת הרופא
----------	-----------	--------------------

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

27/10/2021

הודפס ע"י בנימין פרידא 00-31832241-9

מאגסור גועה

סיבת סיום טיפול 01-סיום טיפול

כאבים

דרכי בעת	דרכי בעת	עד	איבר
סגירת הסידרה	פתחת הסידרה		
לא רלוונטי			

הערכת מטפל 3-ללא שינוי

הערות: עדיין כאבים באספקט לטרלי של הקרסול רצועה וגידים
קניזטייפג ותרגול פרופריוצפטיבי
המלצה להתייעץ עם מומחה כף רגל
תמשך תרגול עצמי קרור משחה

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
15/07/2021
08/07/2021
01/07/2021
24/06/2021
10/06/2021
20/04/2021
22/03/2021
01/03/2021
22/02/2021
16/02/2021
14/02/2021

יונקר עדנה

שם מטפל

מכון פיזיותרפיה יונקר עדנה
מ.ר. 95047
פיזיותרפיסטית
יונקר עדנה
חתימה וחותמת

דף 2 מ 2
15/07/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י יונקר עדנה 00-31832241-9

סיכום טיפול
מאסור נועה

שם הרופא: **בנימין פדידא**
 תחום: **אורתופדיה**
 מספר רשיון: **145313**
 כתובת: **דוד בן גוריון 22, פינת רח' ביאליק 2 גבעת שמואל**
 טלפון: **03-5325888/03-7160888**
 פקס:
 מרפאה: **רופאים עצמאיים - גבעת שמואל** מחוז: **דן-פ"ת**

תאריך: 27/10/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		מאגיסור נועה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זיהוי	גיל	ת. לידה
אורי צבי גרינברג	00-31832241-9	9 / 45	24/05/1997
גבעת שמואל	שם האב	טלפון	משה
ישוב	54 - 2080265	טלפון	54 - 2080265

גורם שולח
2294

מספר הפניה
032294018592

תז נבדק
0318322419

מספר רשיון
145313

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
8260	RT DIST BIG	FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED
L16	n	ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/07/2021:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/10/2020:
 החליקה ונפילה נחבלה בכף רגל ימין, נבדקה במיון תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרוחק בזהו 1, שוחררה עם קבוע אצבע כאבים בבוהן כף רגל ימין
 28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסוגר
 27/10/2021:
 המשך כאבי קרסול מימין כשנה אחרי ת"ע / ת"ד המשך כאבים במיוחד אחרי מאמץ תחושת אי-יציבות + גפיתות סוף הידום לדבריה

ממצאים בבדיקה:
 בדיקה גופנית מתאריך 28/07/2021:
 בדיקה גופנית מתאריך 27/10/2020:
 צליעה ברגל ימין, תחושות באצבעות 1-2 כף רגל ימין
 28/07/2021:
 רגישות ATFL
 27/10/2021:
 לפי בירור קליני היום
 PES PLANUS דו"צ סימטרי משמעותי אבל גמיש רגישות של הידיספר הפרונטליס מימין ללא סימני אי-יציבות ללא אי-יציבות רצועתית אובייקטיבית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח תופשי

27/10/2021

00-31832241-9 הודפס ע"י בנימין פדידא

מאגיסור נועה

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/07/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/10/2020
 ביקור חוזר עם צילום ביקורת
 ההפניות שהופקו ב 27/10/2020
 הפניה לדימות - 78106-צילום אצבע בכף רגל
 28/07/2021
 ההפניות שהופקו ב 28/07/2021
 הפניה לדימות - 78003-א.ס. US קרסול ימין
 27/10/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	שאיפות	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB 320 MCG/9MCG 320mc

מדורים לפי מידת גבס
 עם MEDIAL WEDGE

הערה:

בנימין פדידא

145313

מספר רשיון



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

27/10/2021

הודפס ע"י בנימין פדידא

00-31832241-9

מאגסור נועה

שם הרופא: תחום: מספר רשיון: כתובת: טלפון: פקס: מרפאה: רופאים עצמאיים - גבעת שמואל מחוז: דן-פ"ת

בנימין פדידא
אורתופדיה
145313
דוד בן גוריון 22, פינת רח' ביאליק 2 גבעת שמואל
03-5325888/03-7160888

תאריך: 27/10/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

מספר נועה	שם משפחה ושם פרטי	מס זרות	גיל	נ	24.05	24/05/1997	משה
00-31832241-9	אורי צבי גרינברג	9 / 45	מס בית	54	2080265	54	2080265
שם משפחה ושם פרטי	אורי צבי גרינברג	מס זרות	גיל	נ	24.05	24/05/1997	משה
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	מס בית	9 / 45	54	2080265	54	2080265
ישוב	רחוב	מס בית	9 / 45	54	2080265	54	2080265
		מס בית	9 / 45	54	2080265	54	2080265

גורם שולח



2294

מספר הפניה



032294018594

32294018594

תז נבדק



0318322419

מספר הפניה:

רשיון רופא



145313

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/07/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/10/2020
החליקה ונפילה נחבלה בכף רגל ימין, נבדקה במיון תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרוחק בוחן 1, שוחררה עם קבוע אצבע כאבים בבוחן כף רגל ימין
28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסוגר
27/10/2021
המשך כאבי קרסול מימין כשנה אחרי ת"ע / ת"ד המשך כאבים במיוחד אחרי מאמץ וחוסות אי-יציבות + נפיחות סוף הידום לדבריה

בעיות פעילות

מ. גילי	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY

7 ה.ר. 0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-31832241-9 הודפס ע"י בנימין פדידא

מאנסור נועה

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	שאיפות	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB.320 MCG/9MCG 320mc

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 28/07/2021
 בדיקה גופנית מתאריך 27/10/2020
 צליעה ברגל ימין, תחבושת באצבעות 1-2 כף רגל ימין
 28/07/2021
 רגישות ATFL
 27/10/2021
 לפי בירור קליני היום
 PES PLANUS דו"צ סימטרי משמעותי אבל גמיש
 רגישות של הידיס הפרונאליס מימין ללא סימני אי-יציבות
 ללא אי-יציבות רצועתית אובייקטיבית

מטרת הבדיקה: חיזוק / מתיחות של השוקיים
 proprioceptive physiotherapy

145313 בנימין פדידא
 מספר רשיון שם הרופא
 חתימה וחותמת הרופא
 בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלי.

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י בנימין פדידא 00-31832241-9

מאגסור זעה



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

בנימין פדידא
אורתופדיה
145313
דוד בן גוריון 22, פינת רח' ביאליק 2 גבעת שמואל
03-5325888/03-7160888

מרפאה:רופאים עצמאיים - גבעת שמואל מחוז:דן-פ"ת

27/10/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
מספר נועה	00-31832241-9	24.05	נ	24/05/1997	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	9 / 45		54 - 2080265	54 - 2080265
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון מסך

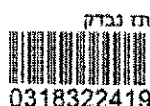
מספר הפניה ישירה: 32294018596



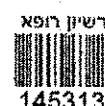
2294



032294018596



0318322419



145313

ביום 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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78218	73610	צילום קרסול ימין בעמידה	10401254
78106	73620	צילום כף רגל ימין	10401050

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/07/2021

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/10/2020:
החליקה ונפלה נחבלה בכף רגל ימין, נבדקה במיון תל השומר, צילום כף רגל ימין שבר גליל מרוחק בוחן 1, שותררה עם קבוע אצבע לאבים בבוחן כף רגל ימין
28/07/2021: בנוסף היתה המטומה בשוק ימין ללא שבר כעת מתלוננת על כאבי קרסול ימין מזה חצי שנה לסוגר

27/10/2021

המשך כאבי קרסול מימין כשנה אחרי ת"ע / ת"ד

המשך כאבים

במיוחד אחרי מאמץ

תחושת אי-יציבות

+ נפילות סוף הידום לדבריה

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 28/07/2021
בדיקה גופנית מתאריך 27/10/2020:
צליעה ברגל ימין, תחבובות באצבעות 1-2 כף רגל ימין
28/07/2021

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/10/2021

הודפס ע"י בנימין פדידא 00-31832241-9

הפניה לדימות

מאסור נועה

רגישות ATFL
27/10/2021
לפי בירור קליני היום
PES PLANUS ד"צ סימטרי משמעותי אבל גמיש
רגישות של הידיספר הפרונטלים מימין ללא סימני אי-יציבות
ללא אי-יציבות רצועתית אובייקטיבית

אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE PHALANGES OF FOOT CLOSED	RT DIST BIG	8260
ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt	L16

דיון/תוכנית טיפולית
28/07/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
27/10/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
ביקור חוזר עם צילום ביקורת
ההפניות שהופקו ב 27/10/2020
הפניה לדימות - 78106-צילום אצבע בכף רגל
28/07/2021
ההפניות שהופקו ב 28/07/2021
הפניה לדימות - 78003-א.ס. US קרסול ימין
27/10/2021

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

הערות: בירור מבני גרמי

15/07/2021 מתאריך CREATININE: 0.98

145313	בנימין פדידא
מספר רשיון	שם הרופא

מתיימה וחוזמת הרופא

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

דף 2 מ 2

27/10/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י בנימין פדידא 00-31832241-9

הפניה לדימות

מאסור מועד

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - אורתופדי- הפול

(עמודים 40 עד 40)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

נועה מאנסור - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה- הפול

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

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

(עמודים 42 עד 45)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, נאדר 10/10 31322419, מרחוב אל'ר' 3' 9' 128 16.10.20
 ת.ז. מס' 31322419, מרחוב אל'ר' 3' 9' 128 16.10.20 של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט
 נגד בענין תאונת דרכים מיום 16.10.20
 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 הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 22 לחודש 71 שנה 21

חתימה: X Noa אלוטו

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

מס': 45229

מס' זיהוי: 45229

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה מאנוסור שם פרטי נעה תעודת זהות 348322419 שם האב מנחם

רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 22.11.21 עד לחתימה ומס' תחיד ~~אריאל פריינדל~~ חתימה: X מאנוסור נעה
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשמי: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ נועם גלסון בעל ת.ז. 31/322419 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:	<u>2016</u>	המחלה:	<u>כולריה</u>	המוסד הרפואי:	<u>גליל</u>
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:	-

נועם גלסון
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד לחן מנחם, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 22.11.21
הופיע/ה בפני ש"ר גלסון (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' 31/322419
ולאחר שהוזהר/תו/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

ד"ר אריאל פריינברג
חתימת עורך הדין
62254