

**Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator**

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

**אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד ומגשר**

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

06 פברואר 2022

**בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות**

**לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל**

ח.נ.,

**הנדון: תאונה מיום 1/5/18
רכב מ.ר. 27-821-52
הנפגעת: תמר לוז, ת.ז. 058406315**

1. ביום 1.5.18 בשעה 07:20 או בסמוך לכך, בצומת אלעל, כביש מס' 46, היה הרכב שבנדון מעורב בתאונה ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "התאונה").

מצ"ב טופס הודעה על תאונה, שאילתא מאתר קרנית, תמונות רכב וטופס הגשת תביעה לצד ג', מסומנים "1 – 7".

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי בבית החולים, שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה בת 5 ימים.

מצ"ב מכתב שחרור, מסומן "8 – 9".

3. מרשתי המשיכה במעקב הרפואי במסגרת הקהילה, ונוכח כאבים עזים בצוואר ובגב, כמו גם סחרחורות, כאבי ראש ותחושת נימול באצבעות ובזרוע שמאל, הופנתה להמשך מעקב רפואי ולביצוע בדיקות הדמיה.

4. בדיקת הדמיה שכוונה לעמ"ש צווארי הדגימה היצרות דיסק בגובה C5-C6 ובלטי דיסק בגבהים C5-C4, C4, C3-C4.

5. בדיקת EMG הדגימה סימני רדיקלופטיה בגובה C7 מימין ורדיקלופטיה בגבהים L4-L5 מימין ו-L5 משמאל.

6. כן, נוכח סחרחורות, ירידה בשמיעה וטנטון ביצעה מרשתי בדיקת שמיעה אשר הדגימה ירידה בשמיעה.

מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 – 22"

7. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמ"ש צווארי ומותני, כמו גם ירידה בשמיעה, טנטון, סחרחורות וחוסר שיווי משקל המשיכה במעקב הרפואי במסגרת הקהילה, הופנתה לביצוע בדיקות אשר הדגימו הפרעה באינדקס חלוקת משקל ובדיקת BERA שבוצעה למרשתי הדגימה ליקוי שמיעה בינוני בתדרים הנמוכים בצד ימין וליקוי שמיעה קל בתדרים הנמוכים בצד שמאל.

8. נוכח הימשכות תלונותיה וההפרעה לתפקודה הוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וסטיבולרית.

מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "23 – 34"

9. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מנימול וחוסר תחושה בזרוע ובכף ידה השמאלית, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבי ראש, סחרחורות, חוסר יציבות וטנטון, מקשיי ריכוז, מכאבים עזים, קשיי הירדמות וקושי בשינה רציפה, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

10. מרשתי עובדת מועצה אזורית חבל מודיעין, עובדת בגן ובצהרון, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

11. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, בשים לב לאופי פגיעותיה נזקקת מרשתי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ותיזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

12. לאחר התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

13. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי, על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובאלי בסך 365,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.

14. לחילופין, אודה לקבלת רשימת מומחים מוסכמים לצורך בדיקת מרשתי וקביעת נכויותיה כתוצאה מהתאונה.

15. לעיונכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשתי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,



אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



ישראל

משטרת

תאריך הרישום ביומן:

מספר הדישום ביומן:

שם היחידה:

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

פרטי המודיע						שם הוותק		שם משפחה		שם פרטי		שם האב		חאדוק ליה		משלוח ד	
058406315								מיקד		טלפון		מקום עבודה		מס' טלפון		מס' פלאפון	
מושא ברי-גל כלי												כתובת		מס' פלאפון		מס' טלפון	
מס' רישיון נהיגה								סוג רישיון הנחיגה		בתוקף עד		תאריך הרצאת הרישיון					
201257134								AB		27/12/27		1980+81					
מס' הרכב								סוג		תוצר/דגם		שנת יצר		רישיון הרכב בתוקף מתאריך		עד התאריך	
27-821-52								קור		סיקר		2013					
חברת הביטוח								מס' פוליסה		תאריך תשלום		מסות החובה בתוקף מתאריך		עד התאריך			

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:			
מספר אישי	דרגה	כתובת מחידה	תאריך שחרור (לחיילים בלבד)

2. תיאור התאנה

בתיאריך 18/5/81 בשעה 20:37 במקום צומת עילוף (כביש 4) לפני פנה
 למצות הכמאי האנו אדם כלפני חלל
 חסרה שזה הכרה הסתכל במסלול ונראה שזה
 הכרה של מהלך. אצלה הנחת השקף זהו חלק
 שפנמני אדם ואם למצות נראה שזה
 קרה אמנם זה שלפני זה הכרה של (אחריהם)
 נמצא הכרה ונראה שזה כן לא נס אף אצלה ונראה
 שחלק זה של
 חלק נחלק השנים הינו, פנימי אף אצלה
 (היווה לו כח) אדם שזה אצלה אצלה
 שפנימי חסרה נצניי מהלך אף אצלה.

3. נפגעי גוף (פצועים)

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	פיקדון ע"ד	שם בית החולים/קופ"ח
ד.מ.א. - אשד	058406315	מחלקת פני. לנג	36.4	לוי - אשד

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' ד	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
1	2F 82152	קווי	נחיה אברהם	מת עזריאל	05775544	16	
2	63 91372	נחיה	רועי דניאל	(נד יצחק) קרית גת אורן	054-3106324	18	375659-12

* סמן $\times$ במקום המתאים.



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 02/02/2022
מספר סימוכין 136126

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מהקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תש"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 02/02/2022 ביחס לרכב מעורב מס' 2782152 בתאונת דרכים מיום 01/05/2018. שם הנפגע: תמר אברהם.
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך, אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות הנוגעת/עות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדלקמן:
בחברת כלל חברה לביטוח בע"מ מס' פוליסה – 864876371
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים

תאריך: 27/5/12

טופס הגשת תביעת צד שלישי לפוליסת מקיף/צד ג' לרכב או אופנוע

אנא מלא/י את כל הפרטים בטופס זה והעביר/י אותו אלינו חתום על-ידיך באמצעות פקס 03-9144503 או למייל scan@yashir.co.il או בדואר ע"י כתובתנו המופיעה ע"ג הטופס

מס' תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

פרטי הרכב והנהג/ת הפונה:

• פרטי הנהג/ת -

שם הנהג/ת: תמי אל-אחמד ת.ז. 058406315
כתובת: בני-אסא טלפון: 053-7755414 טלפון נוסף: 054876371

• פרטי הרכב -

מספר רישוי: 27-821-52 סוג הרכב: קוה פנא תיבת הילוכים: ידנית אוטומטית
חברת ביטוח: סס מספר פוליסה: 864876371

תוקף פוליסה: מ-12/18 עד 31/11/19
שם בעלת הפוליסה: תמי אל-אחמד ת.ז. 058406315
כתובת בעלת הפוליסה: בני-אסא טלפון: _____ טלפון נוסף: 053-7755414

פרטי הרכב והמבוטח/ת בביטוח ישיר:

• הרכב -

מספר רישוי: 63-913-72 סוג הרכב: אויצו
מספר פוליסה: _____ על-שם: סיון פא

• הנהג/ת -

שם: צ'לי פא ת.ז.: _____ כתובת: רחוב מייבן 18 טלפון: 054-3106374
קריית ארז

פרטי האירוע:

* יש לצרף דף נפרד המפרט את תיאור האירוע ותרשים של מקום האירוע, ולציין מספר תביעה

תאריך האירוע: 15/5/12 שעה: 15:15 מקום: צומת אל-אחמד
תאור האירוע: אויצו פא - 63-913-72 פגע ברכב שלי

שם הרכב: אוצו
תאור הנזק לרכבך: פגיעה בחלק האחורי של הרכב

תאור הנזק לרכב מבוטח/ת: _____
מעורבות משטרה: כן (לא) אם כן: תחנה _____ מס' יומן _____

• פרטי עדים -

שם: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ טלפון: _____
שם: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

הריני לאשר כי כל הנתונים בהודעה זו נכונים

שם הפונה: תמי אל-אחמד ת.ז. 058406315 חתימה: _____

ביטוח ישיר
בכלל המזרח. גידול השירות
www.555.co.il
א.ד.ד. אי.ר.נ.ח. ביטוח סדר

רח' אפעל 35 קרית ארז, פתח תקווה 43511, טל': 03-5555555, פקס: 03-9144503

28/5/18
18/3/18



מס' תביעה
תאריך
25/5/18

הנדון: דיווח על פרטי חשבון בנק לצורך העברה בנקאית

מקרה ביטוח מיום 1/5/18
פול' מס' 86487637100
רכב מס' 27-821-52
שם התובע אל-אברהם מ. מ.

סוכן נכבד,

נא החתם את מבטחך על ההצהרה הבאה, על מנת שנוכל להעביר ישירות לחשבוננו כל תשלום אשר נמצא כי הוא זכאי לו בגין התביעה הנדונה.

הריני להצהיר כי להלן פרטי חשבון הבנק שלי לצורך העברה בנקאית:

שם בעל החשבון					מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת)				
אל-אברהם מ. מ.					058406315				
שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק					
בנק הפועלים	רחוב ארלו	31811	688						

כתובת למשלוח הודעות בנוגע לטיפול בתביעה זו				דואר אלקטרוני	
רחוב	מס' בית	שם הישוב	מיקוד		
רחוב ארלו	5	מ. מ.	60991	פקס' 03-5538033	

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי ובתכנות הביטוחית.

תאריך	שם מלא	חתימה
25/5/18	אל-אברהם מ. מ.	

במקרה של צד ג' או חברה יש לצרף למסמך זה צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי החשבון של החברה.

יש להדגיש כי ללא מלוא הפרטים הנ"ל, לא ניתן לבצע את התשלום בהעברה בנקאית. פרטי ת.ז. או ח.פ. הינם תנאי הכרחי גם לצורך תשלום באמצעות המחאה.

נא שלחו מסמך זה לפקס' מספר 03-5663969

תשדוד ראשי רחוב אל-אברהם מ. מ., מס' אברהם 04000
מקד נסיונות לקבלת תשלום 74-74-מס-1
מס' אברהם 04000
מס' אברהם 04000
מס' אברהם 04000





אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

292968	/	2018
כללי		ת.ד.
036803657		

מספר תיק פלא
סיווג תיק
מס' מסמך בתיק
פקס
מייל

תחנת מסובים דן	
12:07	ט"ז תמוז תשע"ח
2370	2968 - 2018 - 4
03-5384422	
אור יהודה, דרך לוד	

פרטים כלליים

יחידה
תאריך
מס' תיק מסוף
טלפון
כתובת
נושא המסמך

פרטי האישור

הריני לאשר שבתאריך **29/06/2018** בשעה **12:01** ביחידת המשטרה: **תחנת מסובים דן**

הודיע (ה)
מ/גב' הודיע תאגיד: **תמר לוז אברהם**
מס' ת"ז מס' תאגיד: **058406315**

על:
תמר לוז אברהם ת.ז. 058406315 מדווחת על כך שבזמן שעמדה ברמזור באדום עם רכבה ל.ז. 2782152 הגיע רכב אחורה שמספרו 6391372 ונכנס בה. התפנתה באופן עצמאי לבית חולים

בתאריך: **01/05/2018** בשעה **07:20** במקום האירוע: **כל הארץ. כביש 46 עם כביש מס' 40 בכנ**

תיאור הרכב: **פרטי נוסעים**
לוחית: **ישראלית** מספר רכב: **2782152** תוצר: **קיה קוריא**
תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:

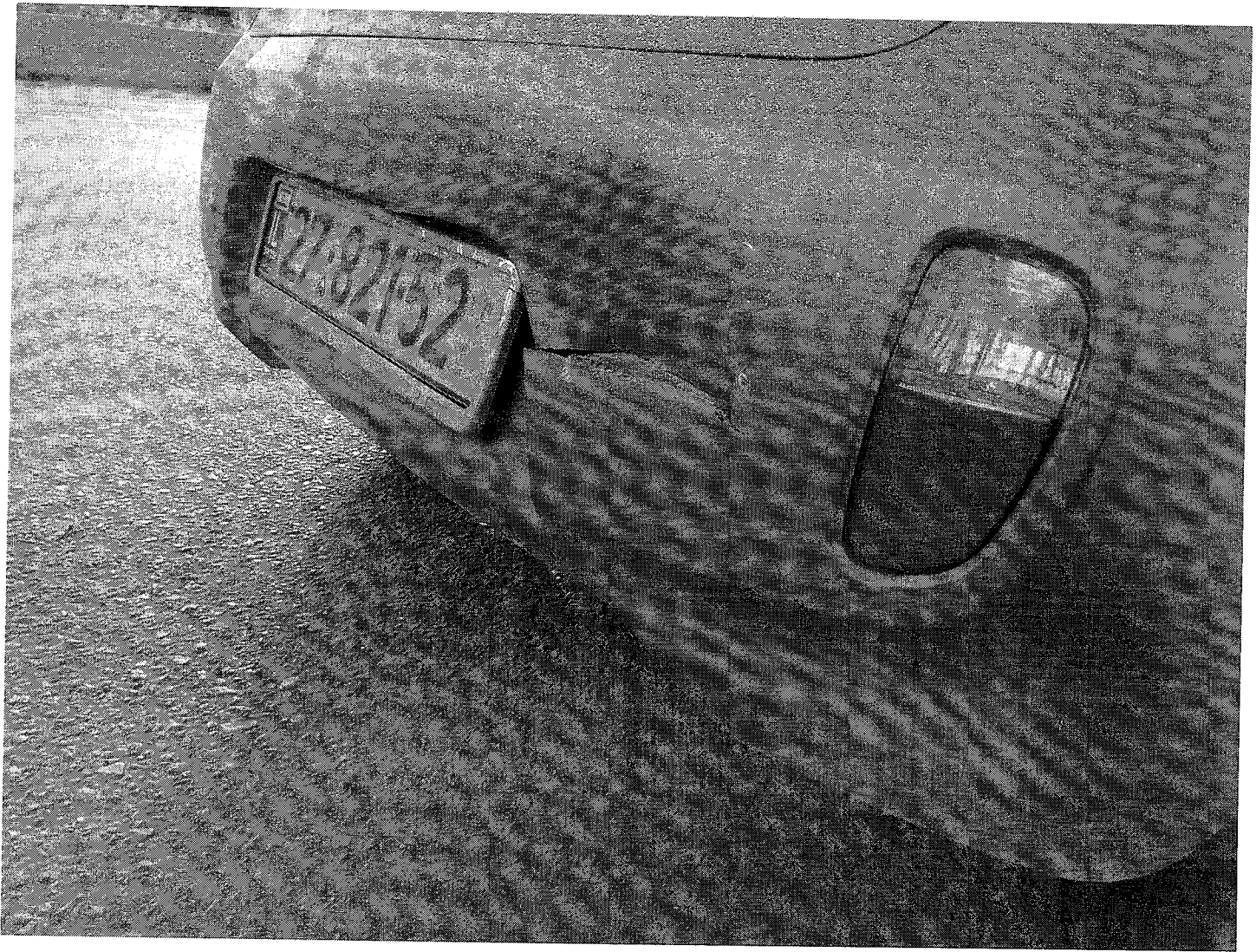
הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.

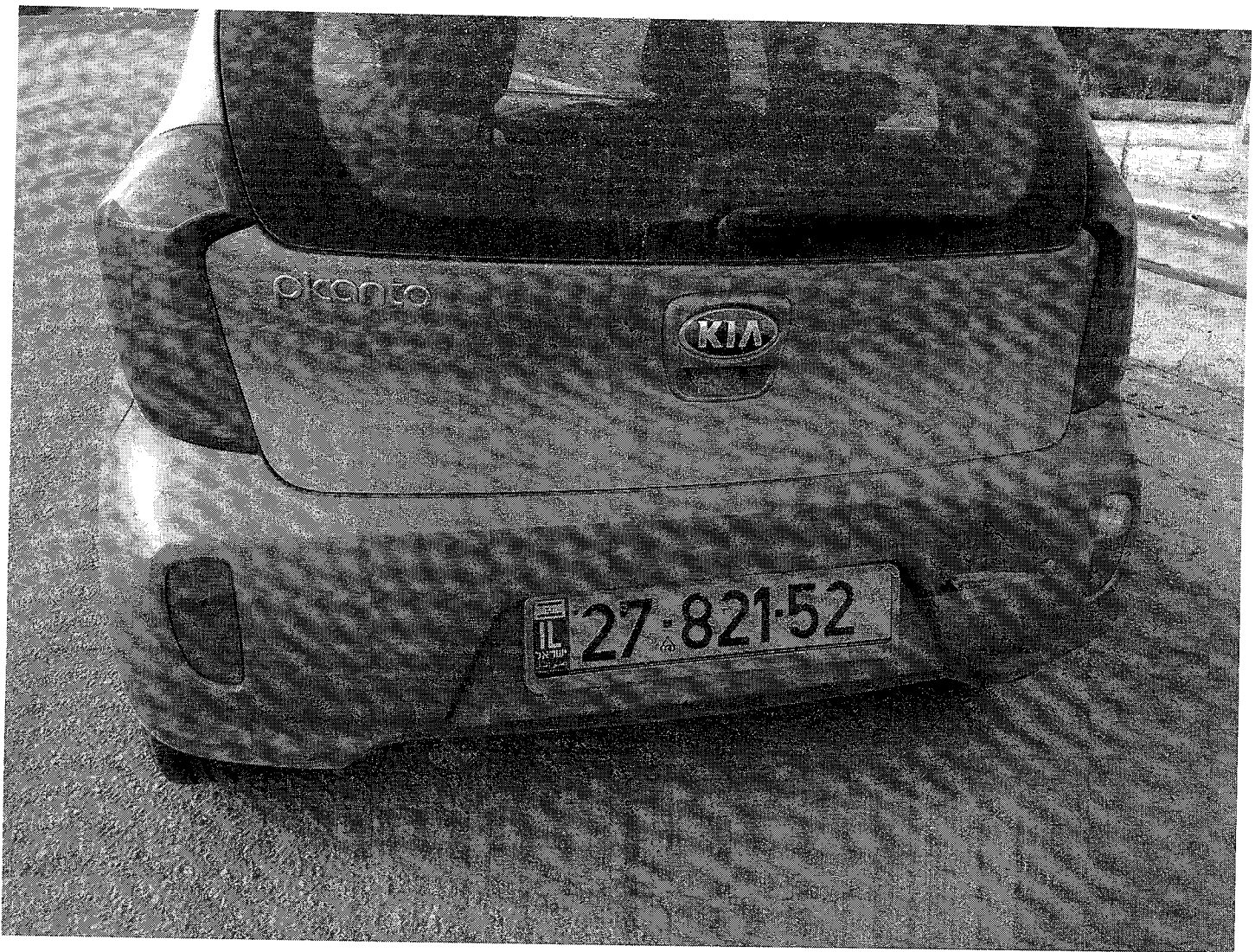


פרטי השוטר מפיק הדו"ח

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א
מורין	בענאי	רטר	1759380
חתימה:	בשעה 12:07	תאריך: 29/06/2018	הופק בתאריך:

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח







המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור.

58406315 לוז אברהם תמר

בת: 54

כתובת: בני עטרות בני עטרות . בני עטרות 6099100

מספר קבלה: 0116

תאריך ביקור: 01/05/2018 11:09

אבחנות מסכמות

- WHIPLASH (847.0)

בריאה בדרך כלל

ניתוחים בעבר

S/P CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC (14/10/2014)
S/P 08/09/2015 (ללא פעולות/ניתוחים)
S/P 22/01/2016 (ללא פעולות/ניתוחים)
S/P 14/05/2016 (ללא פעולות/ניתוחים)
S/P CONIZATION OF CERVIX; LOOP 575200 (21/03/2018)
S/P DILATION AND CURETTAGE, FRACTIONAL 8040 (21/03/2018)
S/P CESAREAN DELIVERY NOS
S/P ABDOMINOPLASTY

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

ATORVASTATIN P.O

5 mg 1 X 1 ביום

בערב

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 54 הבקר רכב פגע ברכב בו נסעה
מתלוננת על כאב בגב ובצוואר

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם
11:27 01/05/2018	3	37.2	74	137 / 87

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' סימן איתן מ.ר. 121982 13:35 01/05/2018

בת 54 - מעורבת בתאונת דרכים - רכב אחר נכנס מאחור הבוקר כאבים בצוואר וגב תחתון. בבדיקה - מניעה צוואר לכל הכיוונים.
ללא רגישות במישוש ע"ש מותני, גבי, צווארי. בדיקה מיירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי ASIA L2-S1, C5-T1 ללא רגישות
במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.

מכתב שחרור

58406315 לז אברהם תמר

בת: 54

כתובת: בני עטרות בני עטרות . בני עטרות 6099100

מספר קבלה: 0116

תאריך ביקור: 01/05/2018 11:09

*****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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
ע"ש הרמן וסל
בני 52621



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: (בפועל) ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המלצות

תאריך	שעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
01/05/2018	13:35		ד"ר סיסמן איתן מ.ר. 121982	נוגדי כאבים לפי צורך, 5 ימים מנוחה/חופש ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד שבוע, עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה במיון Ethan Sissman 01/05/2018 13:37:53

(Signature)

חתימה:

Chaim

מכתב נחתם ע"י: **ד"ר סיסמן איתן מ.ר. 121982**

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 רופאו בקהילה. במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכון בשיבא אגב קבע תור בטלפון 03-5305000 במידה והוזכרת לברר תשובת תרבות, אגב צור קשר בטלפון 03-5302210 3 ימים לאחר מועד ביקור. במידה ועברת בדיקת CT במהלך ביקור במלר"ד, יש לברר תשובה סופית של הבדיקה יממה לאחר שחרורך בטלפון 03-5302656, כמו כן ניתן לפנות בפקס: 03-5302920. ניתן להזמין העתק של הבדיקה בדיסק, במכון הדימות זמני הקבלה: בימים א-ה בין השעות: 8:00-14:30. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז. עלות העתק 52 ₪.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת החולים. באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור בטוח לאומי.

כללית 101 סניף טבע
הכי טובה למסחר

ד"ר לובב לוינטון
רופאת משפחה
30591
צבי ישי 19 יהוד
03-5395300
03-5395301

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: יהוד

תאריך 04/05/2018

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
00-05840631-5		נ	גיל	מס זהות	
27/12/1963		ת.לידה	מי	שם ממשחה ושם פרטי	
מיכאל		לוח אברהם תמר			
שם האב					
7755414 - 53		9721876 - 3	0	בני עטרות	
טלפון נוסף		טלפון	מס בית	דרך הראשונים רחוב	
				ישוב	

35204276297

מספר הפניה:

גורם שולת



5204

מספר הפניה



035204276297

תז נבדק



58406315

מספר רשיון



024271

לכבוד: אורתופד לפי המלצה ממיון ביקורת בהקדם לאחר תאונת דרכים

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לאחר ביקור במיון ב-01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחוב בן נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאל
הומלץ לגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע

32.46	bmi	24/11/2017	79	משקל	24/11/2017	156	גובה	סימנים חיוניים:
-------	-----	------------	----	------	------------	-----	------	-----------------

24/11/2017 120 / 70 לחץ דם

דו"פ 76 24/11/2017 סד"ר

07/02/2018 מתאריך 103.02 eGFR

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב.
רגישות פראורטבראלית ע"ש צווארי, מותני
ללא חסר נוירולוגי

2 3.0.0

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר לובוב לוינטון 04/05/2018

לֹוֹז אֲבִרָהִם תִּמְצֵר

אבחנה משוערת	קוד	איפיון	אבחנה
	7231		CERVICALGIA
	7245		BACKACHE
	8470		WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות	מ. גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
	01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
	01/03/2000		FATTY LIVER
	30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
	13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
	11/01/2016	ll	TRIGEMINAL NEURALGIA

כעיות בעבר			
מ.ס.ס	מ.ג.ל.י	א.פ.י.ן	בעיה
01/01/1984	01/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	01/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישות ל		תגובה	נמסר ע"י
אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	ד"ר קליי	
כאב ראש:	PRAVALIP 40MG TAB 40MG	חפא	
אחר: כאב רגליים	LIPITOR 10MG TAB 10MG	חפא	

תרופות קבועות				
ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תחופות
יום	1	טבליות	STATOR 5 MG TAB 5MG 1	

בנודה לך על חוות דעתך והמלצתך

30591

ד"ר לובוב לוינטון

מספר רשיון

שם הרופא

הפיקסציה והחותמת הרופא

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

2 ר.ה.ס

20297

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יעצת

לזוז אברהם תמר

04/05/2018

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר לובוב לוינסון

תאריך: 03/06/2018

הפניה לדימות

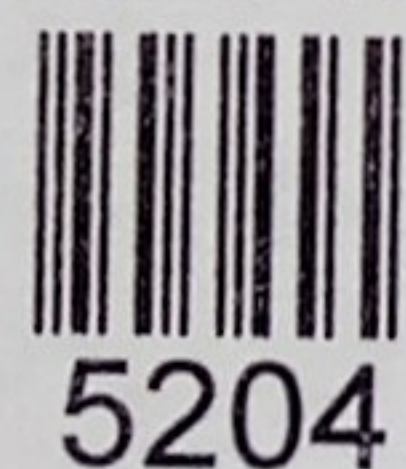
פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	לוז אברהם תמר	מס זהות	00-05840631-5	גיל	54.05
שם האב	מיכאל	ת.לידה	27/12/1963	מין	נ
בני עטרות	דרך הראשונים	מס בית	0	טלפון	9721876 - 3
ישוב	רחוב	טלפון נוסף	7755414 - 53		

תאריך תאונה: 01/05/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35204278723

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204278723

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

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

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

לכבוד: מכון הדמיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	10306020

החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018:
לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאלי
הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
07/05/2018:
6.5.18 צילומי עו"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 עו"ש מתני תקין.
01/06/2018:
03/06/2018:
תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.
כאבי צואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 3 4 5. סחרור.

סימנים חיוניים: גובה 156 נמדד ב: 03/06/2018 משקל 83 נמדד ב: 03/06/2018 BMI 34.11

ס.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/06/2018

הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר 00-05840631-5

הפניה לדימות

לוז אברהם תמר

07/02/2018 מתאריך 103.02 eGFR

ממצאים עיקריים
ממצאים מתאריך 01/06/2018
ממצאים מתאריך 07/05/2018
ממצאים מתאריך 04/05/2018
במצב כללי טוב.

רגישות פראורטברלית ע"ש צווארי, מותני
ללא חסר נוירולוגי

07/05/2018

01/06/2018

03/06/2018

במצב כללי טוב רגישות צווארית ופראורטברלית יותר משמאל תנועות כתף
שמאל מוגבלות בסופן כח גס תקין.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7245		BACKACHE
8470		WHIPLASH INJURY
A80	road	ACCIDENT/INJURY; NOS
7210		SPONDYLOSIS CERVICAL

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/06/2018

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/05/2018

ההפניות שהופקו ב 04/05/2018

הפניה לדימות, הפניה לרפואה יועצת

07/05/2018

01/06/2018

03/06/2018

CT עו"ש צווארי. מעדיפה MRI צוואר. PT.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL

רגישויות

ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

3 ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/06/2018

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר

הפניה לדימות

לזו אברהם תמר

תאריך 03/06/2018

הפניה לדימות

פרטי המטופל

לוז אברהם תמר

שם משפחה ושם פרטי

00-05840631-5

מס זהות

54.05

גיל

נ

מין

27/12/1963

ת.לידה

מיכאל

שם האב

בני עטרות

ישוב

דרך הראשונים

רחוב

0

מס בית

9721876 - 3

טלפון

7755414 - 53

טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 01/05/2018

מספר הפניה:

35204278723

רשיון רופא



023432

תז נבדק



58406315

מספר הפניה



035204278723

גורם שולח



5204

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

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

לכבוד: מכון הדמיה -

ירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	1030602C

לה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018:

לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים , רכב פגע ברחב בו

נוסעה, מאז כאב צוואר, גב , רגל שמאלי

הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך , חופש מחלה 5 ימים

ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע

07/05/2018:

6.5.18 צילומי עו"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 עו"ש מתני תקין.

01/06/2018:

03/06/2018:

תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.

כאבי צואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 3 4 5. סחרור.

156 גובה 03/06/2018 נמדד ב: 83 משקל 03/06/2018 נמדד ב: BMI 34.11

3 ה.ה.ר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה לדימות

ז אברהם תמר

00-05840631-5

הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר

03/06/2018

תאריך 03/06/2018

הפניה לדימות

פרטי המטופל					לוח אברהם תמר	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	מיכאל	00-05840631-5
שם האב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	בני עטרות	בני עטרות	ישוב
53	7755414	3	9721876	0	דרר הראשונים	רחוב

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 01/05/2018

מספר הפניה: 35204278723

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
023432	58406315	035204278723	5204

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

לכבוד: מכון הדמיה -

שירות שנבחר			
קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	1030602C

החולה מתלונן על
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018
לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו
נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאל
הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
07/05/2018
6.5.18 צילומי עו"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 עו"ש מתני תקין.
01/06/2018
03/06/2018
תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.
כאבי צוואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 5 4 3 סחרור.

סימנים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 03/06/2018 משקל 83 נמדד ב: 03/06/2018 BMI 34.11

ס.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/05/2018

בעיה	אפיון	תאריך	תאריך
CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE	X2	01/01/1984	01/01/1984
CHOLELITHIASIS		01/08/2014	14/10/2014
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY		14/10/2014	14/10/2014

מטרת הבדיקה: הערכת פריצות דיסק, הצרות ספינלית ושינויים מיאלופטים.

07/02/2018 מתאריך CREATININE 0.61

ד"ר קליין סמדר	23432	חתימה וחומת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

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

170

הכנסת לדפוס

מס' תיק 54.07
תאריך 27/12/1983
מס' תיק 00-05840631-5
מס' תיק

53 - 7755414

104 1970

9721876

11970

0
712 000

דברי חז"ל

1970

מדרם שולח



927

תפוצת המידע



039278214838

73



58406315

11/2/2003



0088

1901 1902

EMG NCS

שירות
רפואי
56016

4-111 71X-3

THE END

DATE _____

שירותי חירום 95851
EMG 56016

הוא יתפנה את המסלול הזה להחלטות בעל

[illegible][illegible]

OUR COMMITMENTS

1987

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-11-2010 BY 60322 UCBAW



הסכם מיוחד 0
מתג אינטרנט: כ
סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

15:49:00 07/08/2018

רישום ביקורים

גיל המטופל: 54.07

תאריך ביקור: 07/08/2018

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: סובלת מכאבי גב מתאריך 1.5.2018 אז היתה מעורבת בת"ד לדבריה הבוקר לא הרגישה רגל שמאלית, כעת התחושה מלאה וחשה ברגל כעת חשה ברגל, ללא אובדן שליטה על סוגרים
ביצעה MRI צוואר 27.6.2018
פענוח מעייני הישועה - C34 C45 בלט דיסק אחורי זעיר
C56 שינויים דיסקוגניים אחרונים ניכרים משמאל, אימפרסיה ספינלית זעירה ללא סמני מילופטיה, ללא שינויים ניוניים ניכרים מפרקים פצטריים ללא היצרות פורמינלית משמעותית ד"ר זלצר

בדיקה גופנית:

הליכה בתבנית תקינה
צוואר לרמיטה שלילי טווח שמור
ידיים כוח גס שמור תחושה שמורה החזרים שווים הופמן שלילי
כאבי גב תחתון, רגישות פראורטברלית
רגליים כוח גס שמור תחושה שמורה אין הפרעות תחושה כעת,
SLR שלילי אין רגישות פרקי ירכיים FABER שלילי בבינסקי שלילי החזרים שווים

מצאים ותכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: יש להשלים CT עמ"ש מתני להערכת בלט דיסק מתני
EMG NCS 4 גפיים להערכת הפרעות תחושה לסירוגין
מעקב מרפאת עמ"ש

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לדימות	78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו	H3		הודפס	
הפניה לרפואה יועצת	56016-אלקטרומיוגרפיה EMG	H1		הודפס	

מבנה סיכומי יועץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל		רגילה

פרטי עדכון



סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: לוח אברהם, תמר, ת.ז.: 058406315
 כתובת: בני עטרות, דרך הראשונים 0000, טלפון: 053 - 7755414
 תאריך בדיקה: 16/09/2018, גורם מפנה: פרטי
 בדיקה קודמת: לא, שם מדפיסה: הדס
 גיל: 54/9, מין: נ, רופא מפנה/מטפל: לא ידוע, 053 - 7755414

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.7	3.5	29.0	54.0	26.0	24.0			6.9	8.0	5.2	3.6	מדיאנוס Median
							58.0		8.2			באיוור המרפק
3.0	3.1	40.0	51.0	24.0	22.0			11.7	6.4	3.0	3.4	אולנאריס Ulnaris
						61.0	61.0	9.6	10.3			מתחת למרפק
						56.0	56.0	9.8	9.3			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקינות	תקינות	מלא	מלא	אין	אין	Biceps	C5-C6
תקינות	גדולות פוליפוזיות	מלא	ירוד	אין	אין	EDC	C7

סיכום: CTS בינוני משמאל.

בבדיקת EMG סימני רדיקולופטיה כרונית C7 מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא/ה:

ד"ר ויצמן נינה

מומחית בנורולוגיה

מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דו"ח זה נכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
 יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1



סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה

טל: 9596500 - 03

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: לוז אברהם, תמר, 058406315 ת.ז.
 כתובת: בני עטרות, דרך הראשונים 0000 טלפון: 053 - 7755414
 תאריך בדיקה: 16/09/2018 גורם מפנה: דין-פתח תקוה
 מין: גיל: 54/9 רופא מפנה/מטפל: נחמיאס נמרוד
 שם מדפיסה: הדס

בדיקה קודמת: לא

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
2.8	2.5	14.0	10.0									
				50.0	52.0			4.3	4.1	4.7	4.5	SURAL
						49.0	45.0	4.0	3.7			פרונטלי משותף Common Peroneal
				54.0	48.0			4.2	7.7	3.9	3.5	מתחת לברך טיביאליס Tibial n.

בדיקת שרירים

צורת כוונטציה		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
גדולות	גדולות	ירוד	ירוד	אין	אין	Tibialis Anticus	L4-S1
פוליפזיות	פוליפזיות						
תקינות	גדולות	מלא	ירוד	אין	אין	Vastus Internus	L2-L4
תקינות	פוליפזיות						
תקינות	תקינות	מלא	מלא	אין	אין	Gastrocnemius	L5-S1

סיכום: NCS תקין.
 בבדיקת EMG סימני רדיקולופטיה כרונית L4/L5 מימין, L5 משמאל.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא/ה:

ד"ר ויצמן נינה
 מומחית בנורולוגיה
 מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.
 יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1



שם הרופא
תחום
מספר רישיון
כתובת
טלפון
ד"ר סמדר יטה קליין
רפואת משפחה
23432
צבי ישי, 19
03-5395300
מרפאה: יהוד
מחוז:

תאריך 20/12/2019

סיכום מידע רפואי

מיועד ל - כל המעוניין

פרטי המטופל		לזו אברהם תמר	
שם משפחה ושם פרטי	00-05840631-5	נ	56.00
שם האב	מס זהות	ת. לידה	גיל
53 -7755414	0	53	56.00
טלפון מסך	מס בית	טלפון	טלפון
בני עטרות	דרך הראשונים		
ישוב	רחוב		

נרשם על סמך הרשום בתיק
משקל 83 גובה 156 לחץ דם 140/80 מעשן מעולם לא bmi 34.11

אבחנה -מצב בריאותי

בעיות פעילות

ת. גילוי	אפיין	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	אפיין	בעיה
01/01/1991	00/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	00/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות ואו
תופעות לוואי

תגובה	רגישות ל	נמסר ע"י	חומרה
אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	ד"ר קליין	
אחר: ראש	PRAVALIP 40MG TAB 40MG	רופא	
אחר: כאבי רגליים	LIPITOR 10MG TAB 10MG	רופא	

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 2

20/12/2019

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

סיכום מידע רפואי

לזו אברהם תמר

כלית סל שנה
הכי טובה למשפחה

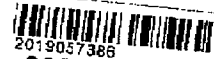
אברהם

שם המרפאה

בן יוסף

שם המכון / ב"ח

בדיקת שמיעה



0005840631-5

7/12/63
3/01/19
5204
17
33800
2019-057386

הופנה/הופנה על

פרטי המטופל/ת

שם משפחה

שם פרטי

שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי
מיקוד	מיקוד	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון	מספר טלפון

עדי שושני

קלינאית תקשורת

מ.ר. 105742

ג.ר. דביר - ביח"ח בילינסון

23.1.19

תאריך

אמינות הבדיקה:

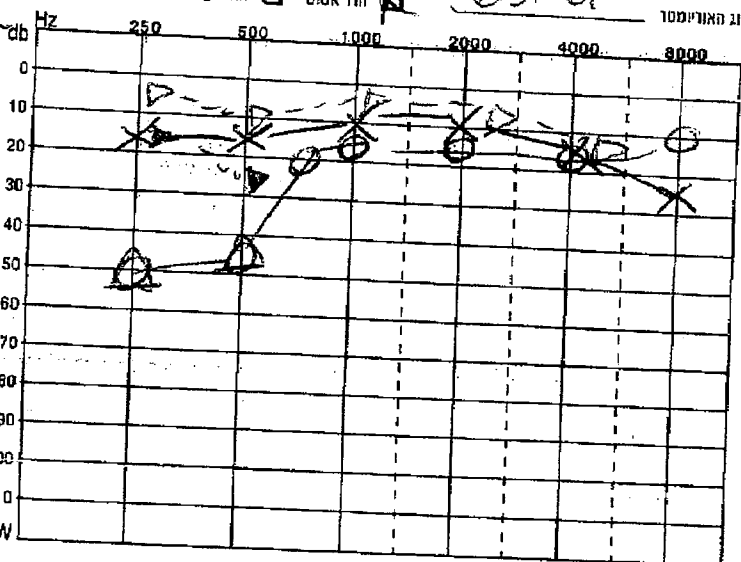
סובק ☒

נימוג ☐

בספק ☐

סימון

הבדיקה	אוזן שמאל נרול	אוזן ימין אדום
העברת אוויר	x-x	o-o
העברת אוויר הא: הנבדק מנסה	□-□	△-△
לא נשמע	↓	↓
העברת עצם	▷-▷	◁-▷
העברת עצם הא: הנבדק מנסה	◁-▷	▷-▷
Weber	←	→
Free Field	FF	FF
Stenger	St	St



SPEECH AUDIOMETRY

	Rt.	+Mask	Lt.	+Mask	F.F.
S.R.T	15		10		
Disc%	100%		100%		
dB	50+59		45		
Toler.					
SRT BC					

TYMPANOMETRY

	Static Comp.	Peak Pressur.	Type
Right			
Left			

מבחן שומע
מבחן שומע
מבחן שומע

מבחן שומע
מבחן שומע
מבחן שומע

התימה והחומות

שם המדק

תאריך

תפוצה: מקור - לגורם המפנה / העתק - נשאר במקור

0סוג חבר0סוג פטור מגביה0

הסכם מיוחד

מתג אינטרנט: כ

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

15:26:06 16/10/2018

רישום ביקורים

גיל המטופל: 54.10

תאריך ביקור: 16/10/2018

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: רעשים באוזניים
ירידה בשמיעה

בדיקה גופנית: תופיות תקינות

קוד	איפיון	אבחנה
3883		TINNITUS
Z9547		HEARING EXAMINATION NOT OTHERWISE SPECIFIED

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור	75007-בדיקת שמיעה מקיפה	H119		הודפס	

פרטי עדכון

רופא מעדכן: ד"ר ברניסלב פופוביץ'
מס רשיון: 27575

תאריך עדכון: 16/10/2018
שם מרפאה: מרפאת יהוד
קוד מרפאה: 5204
קוד מחוז: 04

לשימוש פנימי

062/01/062/01/01

17:33:36 02/04/2019

רישום ביקורים

ביקור ללא כרטיס

גיל המטופל: 55.03

תאריך ביקור: 02/04/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מבנה סיכומי יועץ		
סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	הודפס ונשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

לא הוגדרה שליחת סיכום אוטומטית

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 30/06/2020

שם מרפאה: מרפאת יהוד

קוד מרפאה: 5204

קוד מחוז: 04

רופא מעדכן: ד"ר ברניסלב פופוביץ'

מס רשיון: 27575

08/04/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
לוז אברהם תמר	00-05840631-5	57.03	נ	27/12/1963	מיכאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בני עטרות	דרך הראשונים	13		53 7-755414	53 -7755414
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35204357879

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204357879

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

לכבוד: מכון פיזיותרפיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

מספר שנים סחרור ואטימות באוזן ימין עם תחושת אי יציבות.
25.11.20 פוסטוגרפיה - יציבות כללית מופרעת לסירוגין. תפקוד לקוי של מערכת ווסטיבולרית. במידה פחותה משמעותית גם תפקוד לקוי של מערכת סומטו-סנסורית ומערכת מרכזית. אינדקס חלוקת משקל גוף מופרע קלות. קומפנסציה תקינה.
10.11.20 - בדיקת שמיעה ו BERA - ימין ליקוי שמיעה בינוני בתדרים נמוכים שמאל ליקוי שמיעה קל בתדרים נמוכים הולכתי ברה אוזן שמאל תקינה אוזן ימין גל! מוארך.

סימנים חיוניים: גובה 156 29/11/2020 משקל 85.3 29/11/2020 bmi 35.05

לחץ דם 80 03/04/2019 140

דופק 76 03/04/2019 סדיר

18/11/2020 מתאריך 101.03 eGFR

בעיות פעילות

7 ה.ה.ר

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS
01/01/2005		OBESITY
18/11/2020		HYPOTHYROIDISM ACQUIRED
13/11/2020	rt	CYST OVARY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1991	01/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	01/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ELTROXIN 50MCG TAB 50MCG
ביום	1	טבליות	1	STATOR 5 MG TAB 5MG

ממצאים קליניים ללא חסר ניירולוגי רומברג שלילי אצבע אף עקב בצד אגודל דיאדוקוקינזיס תקין.

שם הרופא	ד"ר סמדר יטה קליין	23432	חתימה וחזותמת הרופא
		מספר רשיון	

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

08/04/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
לוז אברהם תמר	00-05840631-5	57.03	נ	27/12/1963	מיכאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בני עטרות	דרך הראשונים	13		53 7-755414	53 -7755414
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35204357879

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204357879

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

לכבוד: מכון פיזיותרפיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

מספר שנים סחרור ואטימות באוזן ימין עם תחושת אי יציבות.
25.11.20 פוסטוגרפיה - יציבות כללית מופרעת לסירוגין. תפקוד לקוי של מערכת ווסטיבולרית. במידה פחותה משמעותית גם תפקוד לקוי של מערכת סומטו-סנסורית ומערכת מרכזית. אינדקס חלוקת משקל גוף מופרע קלות. קומפנסציה תקינה.
10.11.20 - בדיקת שמיעה BERA - ימין ליקוי שמיעה בינוני בתדרים נמוכים שמאל ליקוי שמיעה קל בתדרים נמוכים הולכתי ברה אוזן שמאל תקינה אוזן ימין גל I מוארך.

סימנים חיוניים: גובה 156 29/11/2020 משקל 85.3 29/11/2020 bmi 35.05

לחץ דם 80 03/04/2019 140

דופק 76 03/04/2019 סדיר

18/11/2020 מתאריך 101.03 eGFR

בעיות פעילות

7 ה.ה.ר

דף 1 מ 2 ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הפניה למכון פיזיותרפיה

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

לוז אברהם תמר

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS
01/01/2005		OBESITY
18/11/2020		HYPOTHYROIDISM ACQUIRED
13/11/2020	rt	CYST OVARY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1991	01/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	01/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ELTROXIN 50MCG TAB 50MCG
ביום	1	טבליות	1	STATOR 5 MG TAB 5MG

ממצאים קליניים ללא חסר נוירולוגי רומברג שלילי אצבע אף עקב בצד אגודל דיאדוקוקינזיס תקין.

ד"ר סמדר יטה קליין	23432	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

08:33:28 30/05/2021

סדרה

!

תאריך פתיחת הסידרה: 30/05/2021

מספר זיהוי הפניה: 35204357879

פרטי ההפניה

מס' הפניה: 210498873

תאריך הפניה: 08/04/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

רופא מפנה: ד"ר סמדר יטה קליין

מרפאה: מרפאת יהוד

מקצוע רפואי: רופא כללי

מס' רשיון: 23432

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

סוג הפניה: אבחנה חדשה

דחוף: לא

מצב מטופל: 2-כרוני

מטפל ראשי: יעל ארבל

מצב הפניה: ממתין

קוד: 000395

פרטי העידכון

עדכון אחרון: 30/05/2021 שם מעדכן הגיליון: כלנית מזרחי

תאריך פתיחת הגיליון: 30/05/2021 שם פותח הגיליון: כלנית מזרחי

שם מכון מכון פיזיותרפיה קרית אונו

!

תאריך פתיחת הסידרה: 06/06/2021

מספר זיהוי הפניה: 35204357879

פרטי ההפניה

מס' הפניה: 210498976

תאריך הפניה: 08/04/2021

סוג הביקורים לסדרה : 0 ביקור רגיל

רופא מפנה: ד"ר סמדר יטה קליין

מרפאה: מרפאת יהוד

מקצוע רפואי: רופא כללי

מס' רשיון: 23432

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

סוג הפניה: אבחנה חדשה

דחוף: לא

מצב מטופל: 2-כרוני

מטפל ראשי: יעל ארבל

קוד: 000395

מצב הפניה: סיום טיפול

תחום טיפול: סחרחורת

תשאול

תלונה עיקרית:

סובלת מירידה בשיווי משקל שהחלה לפני כשנתיים וחצי בעקבות ת.ד.
עמדה ברמזור ונכנסו בה מאחורה.
הופיעו כאבי צוואר וסחרחורת מיידית, טופלה באותה תקופה והייתה הטבה.
מרגישה חוסר שיווי משקל בהליכה.
לא סובלת מנפילות כי מזהרת.
הייתה רוקדת ורוכבת וכעת לא יכולה כלל
PHX - הייתה בפזיז' לצוואר ללא שינוי, גם לפני התאונה הייתה סובלת מסחרחורות אך
בעוצמה פחות חזקה ולא הפריע בתפקוד היומי.
לפני כ 3 שנים הייתה סחרחורת חזקה למשך כשבוע שחלף ספונטני בהדרגה.
לפני כן ככל הנראה היו עוד התקפים אך לא מצליחה להיזכר מתי.

CHX - כעת הופנתה לטיפול בסחרחורת על ידי רופאת המשפחה.
 סובלת מסחרחורות בהתקפים, התקף אחרון לפני כשנה - בסיבובים במיטה
 מרגישה אי שקט כשמסתובבת במיטה
 לחזור לתפקוד קודם ולחזור לרקוד

ציפיות הלקוח:

כאבים

הערות	איבר	צד	פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
	לא רלוונטי			

דרוג: 0 - לא כואב, 10 - כאב חריף מאוד

מחמיר: לא צפוי, כשהרימה את הנכדה בגן שעשועים הופיע, הליכה במשטח עם שיפוע והבדלי גבהיים

מקל: ---

24 שעות: ---

עיסוק ותחביבים: סייעת בגן ילדים

פעילות גופנית: לא

פעמים בשבוע	משך הפעילות בדקות	אירובי אנאירובי	פעילות גופנית

תאריך עדכון אחרון: 06/06/2021

קוד מרפאה: 043203

שם המעדכן: יעל ארבל

שם מרפאה: מכון פיזיותרפיה קרית אונ

קוד מחוז: 04

תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
מרכז	7804	DIZZINESS

אומדן (סיכום אבחון): הסתכלות:

ללא ניד במנוחה

בדיקה אוקולומטרית:

Smooth Pursuit - תקין

Saccades - תקין

Vergence - תקין

Optokinetic Reflex - תקין

HIT - חיובי צד ימין

Head sheak nystagos - תקין

בדיקה תנוחתית:

Dix Hallpike test - שלילי

Supine Roll test - שלילי

עמידת טנדם - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות

DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד

קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל

הדרכה:

תרגול תנועות ראש ומיקוד מבט בעמידה טנדם (בתרגול אחרי 4 תנועות)

מטרות הטיפול:

מטרות הטיפול	השגת המטרה	תאריך
מטופלת תחזור לרקוד פעם בשבוע 30 דק'		06/06/2021

תוכנית טיפול:

טיפול	תאריך
שיקום ווסטיבולרי	06/06/2021

המטופל קיבל הסבר לגבי מהות הטיפול (תכנית טיפול, אמצעי טיפול, תופעות לוואי):

סגירת סדרה

סגירת סידרה: כן תאריך: 30/09/2021

סיבת הפסקת טיפול: 98-אוטומטי אחרי 3 חודשים אי הופעה

פרטי העידכון

עדכון אחרון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל

תאריך פתיחת הגיליון: 06/06/2021 שם פותח הגיליון: כלנית מזרחי

שם מכון מכון פיזיותרפיה קרית אונו

12:09:46 06/06/2021

רישום ביקורים

מס' הפניה: 210498976 !

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
מרכז	7804	DIZZINESS

תאריך ביקור: 06/06/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 1

מס ביקור: 210355829

תחום טיפול: סחרחורת

משמרת: 1-רגילה

קוד: 000395

מטפל: יעל ארבל

שקלול ביקור: 5 מורכב מאד מאושר

ת. אישור ביקור מורכב: 13/06/2021 שם מאשר ביקור מורכב: אסתר פנסו זבלודובסקי

תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

פולים שבועו:

הערה	קוד	טיפול
	80088	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
	80309	הדרכה לתרגול בבית
	80070	תרגול כללי
	80091	הדרכה ויזואלית (לאורח חיים בריא)
	80130	שיקום ווסטיבולרי

הערות: הסתכלות:

ללא ניד במנוחה

בדיקה אוקולומטריה:

Smooth Pursuit - תקין

Saccades - תקין

Vergence - תקין

Optokinetic Reflex - תקין

HIT - חיובי צד ימין

Head sheak nystagos - תקין

בדיקה תנוחתית:

Dix Hallpike test - שלילי

Supine Roll test - שלילי

עמידת טנד - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות

DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד

קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל

הדרכה:

תרגול תנועות ראש ומיקוד מבט בעמידה טנד (בתרגול אחרי 4 תנועות)

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
06/06/2021		מטופלת תחזור לרקוד פעם בשבוע 30 דק'

פרטי העידכון

ת.עידכון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קרית אונו

לשימוש פנימי

מס' הפניה: 210498976

תאריך ביצוע: 06/06/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: סחרחורת

תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

פרוט: הסתכלות:

ללא ניד במנוחה

בדיקה אוקולומטרית:

Smooth Pursuit - תקין

Saccades - תקין

Vergence - תקין

Optokinetic Reflex - תקין

HIT - חיובי צד ימין

Head sheak nystagos - תקין

בדיקה תנוחתית:

Dix Hallpike test - שלילי

Supine Roll test - שלילי

עמידת טנדם - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות

DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד

קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל

פרטי העידכון

ת.עידכון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קרית אונו

09:35:00 13/06/2021

גליון תאונות

002	01/05/2018	סוג תאונה: תאונת עבודה	תאריך תאונה
0	001-000	גורם מעדכן תאונה	
000		שם מוסד מעדכן	
	0	מספר תאונה	
		בארץ/בחול	
		מצב תיק:	פתוח
000			

09:35:02 13/06/2021

גליון תאונות

001	01/05/2018	סוג תאונה: תאונת דרכים	תאריך תאונה
0	001-000	גורם מעדכן תאונה	

09:35:02 13/06/2021

דף 8

גליון תאונות
לז אברהם תמר; ת.ז: 00-05840631-5

000

0

שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול
אישור משטרה
מצב תיק:

כ
פתוח

000

09:35:04 13/06/2021

גליון תאונות

001

08/08/2008 סוג תאונה: תאונת דרכים

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול
אישור משטרה
מצב תיק:

0

כ
פתוח

000

09:35:06 13/06/2021

גליון תאונות

002

04/06/2004 סוג תאונה: תאונת עבודה

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול

0

פתוח

מצב תיק:

000

09:35:08 13/06/2021

גליון תאונות

001

04/11/2002 סוג תאונה: תאונת דרכים

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול

0

פתוח

מצב תיק:

000

001

תאריך תאונה 04/05/1998 סוג תאונה: תאונת דרכים

000	001-000	גורם מעדכן תאונה
000		שם מוסד מעדכן
	0	מספר תאונה
		בארץ /בחול
	כ	אישור משטרה
	פתוח	מצב תיק:
000		

09:35:12 13/06/2021

גליון תאונות

001

תאריך תאונה 03/05/1998 סוג תאונה: תאונת דרכים

000	001-000	גורם מעדכן תאונה
000		שם מוסד מעדכן
	0	מספר תאונה
		בארץ /בחול
	סגור	מצב תיק:
000		

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>טלפון</u>
052406315	חבר	052406315	שם האב	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
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 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: _____ 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 9.7.20 עד לחתימה ומס' _____ חתימה: _____

X

62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, גמר אף סגירה מס' 058406345, מרחוב יראשניא נר זכרון ת.ז. מס' 1.5.17 של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 1.5.17 בענין תאונת דרכים מיום 1.5.17 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 9 לחודש 7 שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 62254
עורך-דין