ד"ר ראובן אבישי
כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים
התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 04/10/2021
מ.ר. גורם מפנה:

21.10.21
נולה לשלה ר
036609

טלפון: 077-5155345 09-7721839
כתובת: הפרדס 22, נתניה
קוד הפניה: 237947961

פרטי הנבדק:
0043592773

שם משפחה: גולן
ת.לידה: 14/04/1950 מין: ז
כתובת: השושנים 11/8, הרצליה

שם פרטי: אילה
טלפון: 099543216
ת.ז.: 43592773
טל.עבודה/נייד: 0525112199
מיקוד: 4601215

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 09/09/2020 בשעה 11:52:50
ביקור חוזר מתאריך 12/08/2020
ביקור חוזר מתאריך 30/07/2020:
ביקור חוזר מתאריך 16/07/2020:
ביקור חוזר מתאריך 19/04/2020:
לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למ יון ללא חבלה נוספת
16.7.2020 במעקב
30.7.2020 שוחחנו בטלפון תבצע רפואה משלימה ראיתי הסונר מרפק
12.8.2020 במעקב
9.9.2020 במעקב

בביקור בתאריך 04/10/2021 בשעה 15:36:30
כאבי מרפק שמאל עדיין לאחר שנפגעה מרכב

ממצאים: ה

מרפק שמאל הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר NV
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה
סונר ממצאים דלקתיים

אבחנה:

- CONTUSION Left
ELBOW

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GLAUCOMA OPEN ANGLE (08/2021)
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

מעשנ/ת: לא

סיבת ההפניה: אחרי חבלה ; שיקום תנועות וחיזוק שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/10/2021 עד תאריך - 02/04/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

04/10/2021

ד"ר ראובן אבישי
אורתופד מנהל
מ.ר. 28151

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפולי 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.

שלמה ביטוח

תגיד עכ.

תאריך: 09/09/2021

– מבלי לפגוע בזכויות ובטענת ההתיישנות –

לצרכי מו"מ בלבד

לכבוד
אריאל פרייברג , עו"ד

בפקס 0773180983

א.נ.,

הנדון: **תביעה מס':** **211000004347**
אירוע מיום: **14/04/2020**
מס' פוליסה: **110347836319**
מס' רישוי: **42378301**
תובע/ת: גולן אילה

1. מאשרים קבלת מכתבך.
2. המסמכים המפורטים מטה התקבלו בחברתנו בתאריכים הבאים:

סוג מסמך	תאריך מסמך
אישור משטרה נכנס	09/09/2021
יפוי כח לספק/עו"ד נכנס	09/09/2021
תיעוד רפואי	09/09/2021

3. על מנת שנוכל לייתן עמדתנו בקשר עם דרישתך הן בשאלת החבות והן בשאלת הנזק נבקשך להמציא לחברתנו המסמכים כמפורט מטה:

א. מלוא התיעוד הרפואי בקשר עם התאונה.- נא העבר סיכום טיפולי רפואה משלימה + כרטיס טיפולים (הגיע לא קריא) .

ב. צילום המחאה/ טופס העברה בנקאית חתום. במידה ולא נקבל את פרטי חשבון הבנק בתוך 10 ימים, נראה בכך בקשה לקבל את התשלום בהמחאה.

נא ראה בבקשה זו דרישה לגילוי מסמכים לכל דבר ועניין.

4. לידיעתך: רק לאחר קבלת מלוא המסמכים ו/או המידע הנדרש ובדיקת תקינותם, נוכל להודיעך עמדתנו. מכתב זה אינו מהווה אישור לתקינותם ותקפותם של המסמכים שהתקבלו עד כה.

אין באמור כדי להוות הכרה בכיסוי הביטוחי או בנזק ו/או כדי למנוע העלאת טענה מטענותינו ככל שיתבררו.
האמור לעיל מבוסס על המידע המצוי ברשותנו בשלב זה ואין בו משום מיצוי כל בקשותינו, טענותינו ו/או פגיעה בזכות חברתנו לטעון טענות נוספות בהתאם למידע נוסף אם יתגלה.
פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

שלמה ביטוח

תמיד כן.

תשומת לבך מופנית לכך, כי בהתאם לדין וכפוף להוראותיו, תקופת ההתיישנות לצורך הגשת תביעה בהתייחס לאירוע הנדון, לתובע שאינו קטין בתביעת גוף חובה הינה 7 שנים ממועד האירוע והחל ביום 14/04/2020. עצם הגשת הדרישה אינה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עושה כן.

בשאלות או הבהרות נוספות, ניתן לפנות למטפל בתביעה בכל אחד מפרטי ההתקשרות המופיעים מטה.

לידיעתך, באפשרותך להודיענו אופן משלוח ההודעות המבוקש על ידך, בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, וזאת בדרך של דואר / דואר אלקטרוני / באמצעות הפקס. במידה וידרשו מסמכי מקור אלו יועברו בדואר בלבד.

האמור מעלה נקבע על סמך העובדות שבפנינו. באפשרותך להשיג על האמור לעיל בכל אחת מהדרכים הבאות:

1. פניה לחתום מטה תוך הבעת המחלוקת שיש לך עם עמדת החברה והנמקת עמדתך ו/או הצגת חוו"ד מומחה מטעמך לאחר תיאום מוקדם עם חברתנו ו/או הצגת מידע נוסף שאינו מצוי ברשותנו.
2. פניה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, בדואר אלקטרוני שכתובתו pz@shlomo-bit.co.il , או בפקס 03-5653470, או בטלפון 03-7181485, או בדואר למשרדה הראשי של החברה.
3. פניה לערכאה שיפוטית ו/או פנייה אל המפקח על הביטוח היחידה לפניות הציבור, אגף שוק ההון, בטוח וחסכון במשרד האוצר, רח' קפלן 1, ת.ד. 59131 ירושלים 91131, טלפון 3002*, פקס' 02-5695352.

בברכה ,

מיכל בלנק , מיישבת תביעות

טל' 073-3869518

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

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

3.10.21

לכבוד
מיכל בלנק-מיישבת תביעות
שלמה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות פקס: 03-6032693

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: **תאונה מיום 14.4.20**
רכב מס': 423-78-301
הנפגעת: אילה גולן, ת.ז. 043592773
מס' תביעה: 211000004347

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 9.9.21 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מצ"ב המסמכים המבוקשים.
2. כן, מצ"ב העתק המחאה.
3. אודה לקבלת הצעתכם העניינית והמקסימלית.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרפאת הרצליה, הנדיב 1 הרצליה, טל: 09-7795600 (פקס) 09-7795600
שעות פעילות: א' 14:00-21:00, ב',ג',ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: גולן אילה [43592773]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	הרצליה	05/10/2020	ב	17:40	בנג'ו לוטם	טוויגא
2	הרצליה	05/10/2020	ב	18:10	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
3	הרצליה	12/10/2020	ב	16:20	בנג'ו לוטם	טוויגא
4	הרצליה	12/10/2020	ב	17:00	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
5	הרצליה	19/10/2020	ב	16:20	בנג'ו לוטם	טוויגא
6	הרצליה	19/10/2020	ב	16:50	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
7	הרצליה	26/10/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
8	הרצליה	26/10/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
9	הרצליה	02/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
10	הרצליה	02/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
11	הרצליה	09/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
12	הרצליה	09/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
13	הרצליה	16/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
14	הרצליה	16/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
15	הרצליה	23/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
16	הרצליה	23/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
17	הרצליה	30/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
18	הרצליה	30/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
19	הרצליה	07/12/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוויגא
20	הרצליה	07/12/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)

קור (אקופונקטורה) : 10, טוויגא : 10

שומת ליבך.
הגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
ונו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
ומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
מירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול,
א להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
כבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
טיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
כת בריאות שלמה,
מרפאת "מכבי טבעי הרצליה".
חדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

הודפס ב 3/09/2020

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

קבלה 2105500023689 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מרפאה: הרצליה

תאריך: 13/09/2020

עבור: גולן אילה , ת"ז: 43592773 , ת.פ: , כתובת: השושנים 11 ,הרצליה

הערות: 10 דיקור 10 טווינא

מקושר ל:

סוג:

אשראי	סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
		ויזה כ.א.ל	תשלומים(6)	68348	1,760.00

סה"כ: 1,760.00

מספר שובר: 68001008 , **עסקה טלפונית:** לא ,**מספר עסק:**

יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה
יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בנפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים, בכל שינוי בתנ
הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
הטבת מבצע 1+9 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והשלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בנפוף לתקנון המבצע.
למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים ששולמו וטרם נוצל טיפול בגינם. במידה והמטופל יודיע על הפסקת הטיפולים - היתרה
כספית תוחזר במלואה (בערכי קרן בלבד)
האמור לעיל הינו בנפוף לתקנון שרותי הבריאות הנוספים של מכבי שרותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי
ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה: _____

פק על ידי: לוי דורית 13/09/2020 16:16

13/09/2020 ב.סדרה

[illegible] | [illegible]

[illegible]

[illegible] | [illegible] | 036609

[illegible] | [illegible] | 077-5105345 09-7721839 | טלפון | קוד הפנית: [illegible]

כתובת: הנרדס 22, נתניה

פרטי הנבדק

שם משפחה: גולן			שם פרטי: אילה		ת.ז.: 43592773
ת.לידה: 14/04/1950	מין: 1		טלפון: 099543216		טל.עבודה/נייד: [illegible]
כתובת: השושנים 11/8, הרצליה					מיקוד 4601215

0043592773

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפנייה:

ביקור חוזר מתאריך 12/08/2020
ביקור חוזר מתאריך 30/07/2020
ביקור חוזר מתאריך 16/07/2020
ביקור חוזר מתאריך 19/04/2020
לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה לם יון ללא חבלה נוספת
16.7.2020 במעקב
30.7.2020 שוחחנו בטלפון תבצע רפואה משלימה ראיתי הסונר מרפק
12.8.2020 במעקב
[illegible] במעקב

ממצאים:

מרפק שמאל הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר VN
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה
סונר ממצאים דלקתיים

- COMMISSION Left
ELBOW

עיות פעילות:

- FAVILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

מעשנ/ת: לא

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

09/09/2020

תאריך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
ת.ר. 36609 מ.ר. 28151
חתימה ואותמתיה [illegible]

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

Gmail

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

תאונה מיום 14.4.20ף הנפגעת: אילה גולן, ת"ז 043592773

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com> Wed, Sep 1, 2021 at 5:46 PM
To: תביעות חובה <tviot.hova@shlomo-bit.co.il>

שלום רב,

מכתבי בעניין שבנדון מיום 21.6.21 טרם זכה למענה.

לעיונכם וטיפולכם המסור **והמהיר** אודה.

בכבוד רב ובב"ח

--

אריאל פרייברג, עו"ד

אריאל פרייברג
מגיד עורכי דין

טלפון : 03-7412358

סלולארי :054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימושו/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב

מכתב דרישה לפני תביעה עם נספחים.pdf
5437K

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

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

21.6.21

23.6.21
נשלח כדואר

לכבוד
שלמה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב היצירה 22
פתח תקוה

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: **תאונה מיום 14.4.20**
רכב מס': 423-78-301
הנפגעת: אילה גולן, ת.ז. 043592773

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

1. ביום 14.4.20, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, עת התהלכה ברחוב שמואל הנגיד בהרצליה, נפגעה מרשתי מרכב הנושא מספר רישוי 423-78-301 המבוטח בחברתכם ומרשתי נפלה ונחבלה בגופה. (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב תוצאות שאילתא מאתר קרנית והודעתה של הנפגעת במשטרה, מסומנים "1 - 3"

2. מרשתי אשר סברה כי הכאבים יחלפו, ובשים לב לסגר ששרר אותה עת ברחבי המדינה, התבדתה ומשהחמירו נאלצה לפנות לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו חבלות במרפק, כתף ובידה השמאלית. לאחר קבלת טיפול רפואי וביצוע בדיקת הדמיה אשר הדגימה הרמה של כרית השומן שיכולה להוות אינדיקציה לשבר שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, מנוחה והפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "4 – 6"

3. מרשתי ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים אך ללא הועיל ונוכח הכאבים וההגבלה הניכרת בתנועות מרפק שמאל הוחלט להפסיק אחרי 8 טיפולים ובדיקה רפואית ע"י מומחה בכירורגיה אורתופדית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**7 – 10**"

4. ד"ר ראובן אבישי, מומחה בכירורגיה אורתופדית אשר בדק את מרשתי החליט על מתן זריקות לשיכוך כאב והמלצה לביצוע טיפולי רפואה משלימה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**11 – 12**".

5. בעצת המומחה האורתופדי ביצעה מרשתי טיפול רפואה משלימה אינטנסיביים.

רצ"ב תעודות רפואיות וקבלות, מסומנות "**13 – 15**".

6. מאז התאונה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות מרפק וזרוע שמאל, מקושי בהרמה, קושי בביצוע תפקודים ידניים, קושי בביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות היא נזקקת לטיפולים רפואיים ותיזדקק להם גם בעתיד.

7. מרשתי אמנית יוצרת בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, היא נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

8. מאז התאונה מתקשה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה ותיזקק להוצאות אלה גם בעתיד.

9. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחה אורתופדי לקביעת נכותה, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 165,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

10. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

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

לכבוד
אריאל פרייברג

תאריך 30/08/2020
מספר סימוכין 69196

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

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 30/08/2020 ביחס לרכב מעורב מס' 42378301 בתאונת דרכים מיום 14/04/2020. שם הנפגע: אילה גולן.

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 ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ מס' פוליסה – 110347836319

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 הרישום ביומן:

מספר הרישום ביומן:

שם היחידה:

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

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

1. פרטי המודיע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	משלח יד
043592773	שלו	אילה	יעקב	14.4.50	עובדת
מען	מיקוד	טלפון	מקום עבודה	מס' טלפון	
השושנים 11 הרצליה		0525112199	-11-		
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון הנהיגה	בתוקף עד	מס' פלאפון	תאריך הוצאת הרישיון	
			0525112199		
מס' הרכב	סוג	תוצר דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
	הולכת רגל				
חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאריך תשלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך	

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה

תאריך שחרור (לחיילים בלבד):

2. תיאור התאונה

בתאריך 14.4.90 בשעה 15:00 במקום הרצליה רח' שמואל הנביא

תיאור המקרה:

ביום שבת 14.4 בהסיבה הקודמת הלכתי בקצה המדרכה עם ילדי והכלבה, כשאני מתהלכת על המדרכה נפלתי על המדרכה מבהלת היו אנשים מעטים ברחוב שהיא שלי עצרה. בעל הרכב עזר אחרי שבן כלי בטן עברו. קיבלתי מנה חדקה במסמך יד שמאל ורגל הימנית אני בטיפולו פיזיוטרפיה ועכשיו כואבת את המקום

3. נפגעי גוף (פצועים)

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת		פינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
אילה שלו	043592773	השושנים 11 הרצליה			פינוי ביזלהקודמת

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס"ד	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
2	42378301	אופן	נסטור שרבבה	הביטוח	מולבן		*3006

* סמן × במקום המתאים.

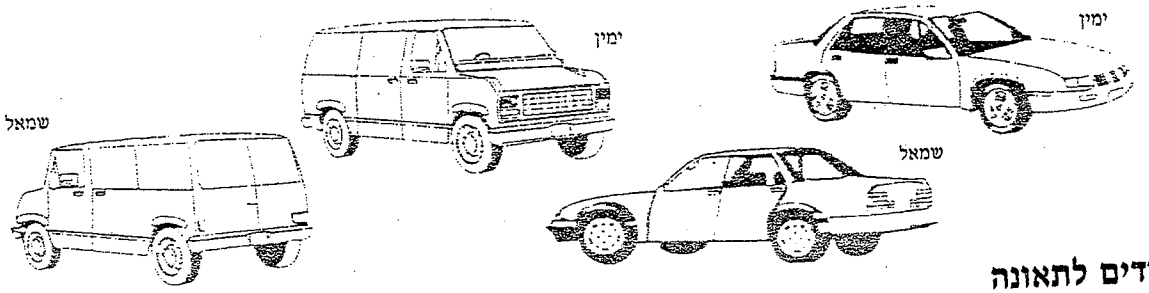
ט"138

5. תיאור הנזק

- רכב א'
- רכב ב'

- **לרכוש אחר** (קיר, עמוד חשמל, עמוד טלפון, עץ וכו')

סמן את מקום/מקומות הפגיעה ברכב צד ג' ע"י × (בחר רכב מתאים)



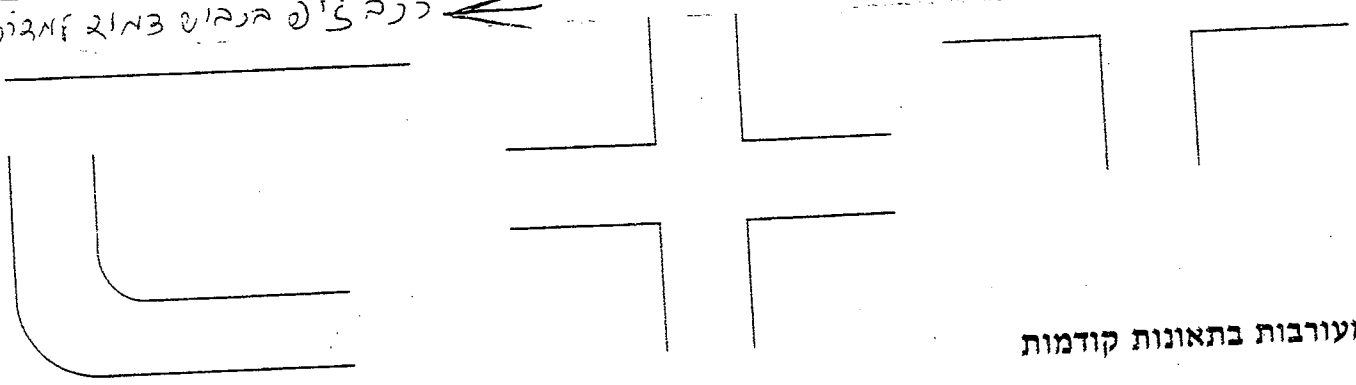
6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	פלאפון

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרורים)

הולכת עלה מדרכה

רכב ציים בנבוש צמוד למדרכה



8. מעורבות בתאונות קודמות

1. בשנת בחודש המקום
2. בשנת בחודש המקום

9. פרטי השוטר

19.8.2020 תאריך ההודעה

אולה גילן חתימת המודיע

מס' אישי דרגה שם פרטי ושם משפחה יחידה חתימה

10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן ×)

10 הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים

3 חוסר עניין לציבור

סיבת הסגירה (סמן על־פי המופיע מימין)

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

מס' אישי דרגה שם פרטי ושם משפחה תפקיד חתימה

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 19/04/2020

מ.ר גורם מפנה

0017379595 030676

קוד הפניה: 168720804

דר' מרכוס גלר שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 09-9501533 09-9589632

פקס: 1539-9587350

כתובת: סוקולוב 32, הרצליה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן **שם פרטי:** אילה **ת.ז.:** 43592773

ת.לידה: 14/04/1950 **מין:** נ **טלפון:** 099543216 **טל.עבודה/נייד:** 0525112199

כתובת: השושנים 11/8, הרצליה **מיקוד** 4601215

0043592773

מכון רנטגן

תלונות: ב 14.4 הלכה על שפת המדרכה. מכונית גדולה נסעה בצמוד למדרכה - קיבלה מכה במרפק שמאל, נפלה. ללא חבלת ראש.
מגיעה כעת בבקשה לצילום. קררה את המקום.
היום הוטב לה אבל מתקשה ליישר את היד.

ממצאים: נפיחות בחלק מדיאלי של מרפק שמאל, אין יישור מלא , רגישות במישוש סביב, גלד ללא סימני זיהום באמה שמאל

אבחנה:

- CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM Left

מעשנ/ת : לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

הבדיקה הדרושה רנטגן

מרפק 2 צילומים (AP+ALT) קוד - 3070 (שמאל)

שאלה למבצע הבדיקה: פענוח

דחיפות הפענוח: רגיל

19/04/2020

תאריך

דר' שרון מרכוס-גלר
מומחית ברפואה פנימית
מ.ר.מ. 25844
מ.ר. 30676

חתימה וחותמת הרופא

אם בידך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה. יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2020 עד תאריך - 16/10/2020

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

גיל: 70

שם רופא/ה: ד"ר ראובן אבישי

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 53869

תלונות: לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למ יון ללא חבלה נוספת

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תאריך תאונת דרכים: 14/04/2020

ממצאים: צרפק שמאל סימני שפשוף שיטחיים הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר VN
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ELBOW		Lt	CONTUSION

בדיקות/הפניות	קוד
מכון פיזיותרפיה	F1003

המלצות למטופל: מעקב לפי צורך

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
מ.ר. 36609 מ.ר.מ. 28151

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 19/04/2020

מ.ר גורם מפנה

0029712999 036609

קוד הפניה: 168791896

ד"ר ראובן אבישי

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 077-3215762

פקס: 09-9572535

כתובת: בן גוריון 22, הרצליה (כניסה 1 קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן **שם פרטי:** אילה **ת.ז.:** 43592773

ת.לידה: 14/04/1950 **מין:** נ **טלפון:** 099543216 **טל.עבודה/נייד:** 0525112199

כתובת: השושנים 11/8, הרצליה **מיקוד** 4601215

0043592773

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למ יון ללא חבלה נוספת

ממצאים: צרפק שמאל סימני שפשוף שיטחיים הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר VN
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה

אבחנה:

- CONTUSION Left ELBOW

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: טיפול שיפור טווחי תנועות מרפק שמאל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2020 עד תאריך - 16/10/2020

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטים****

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
מ.ר.: 36609 מ.ר.מ. 28151
חתימה וחותמת

19/04/2020

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפולי 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.

תאריך הדפסה: 09/06/2020

מכבי שירותי בריאות

לוי יהונתן
פיזיותרפיה

פיזיותרפיה
דנה טופס
09/06/2020

טלפון: 04-6400300
פקס: 073-2284083
כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **גולן** שם פרטי: **אילה** ת.ז.: 43592773

ת.לידה: 14/04/1950 מין: נ טלפון: 099543216 טל.עבודה/נייד: 0525112199

כתובת: השושנים 11/8, הרצליה מיקוד 4601215

0043592773

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר מרכוס-גלר שרון תאריך הפקה: 09/06/2020

מר/ת גולן אילה ת"ז: 43592773

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: הופנתה לטיפולי פיזיותרפיה בעקבות כאבים במרפק שהופיעו לאחר חבלה. בצילום נשלל, אך עם זאת בפענוח צוינה "הרמה של כרית השומן אשר עשויה להעיד בעקיפין על שבר".
בבדיקתה טווח כיפוף עד 120 מעלות, -30 מעלות מיישור.
טופלה מנואלית ובעזרת תרגילים לשיפור טווחי התנועה, אולטרסאונד וקירור.
כיום, לאחר חודשיים טווח תנועה לכיפוף מלא, יישור -20 מעלות (לאחר טיפול משתפר לכדי -10 אך לדבריה חוזר לנורמה לאחר מכן).
מכיוון שאין שיפור נוסף בשבועיים האחרונים, עלה החשד שאכן מדובר בפגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר עשוייה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך יצירה
איסוף שיער ללא כאב			21/04/2020
הרמת התיק ללא כאב			21/04/2020

טופל החל מ- 21/04/2020

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0 -100)	41	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

Therapeutic Exercises- THERAPEUTIC EXERCISE

Modalities- MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY COLD PACK

Administrative and Others- EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques- EDUCATION TECHNIQUES

Manual Therapy- Manual Therapy

סה"כ 7 **ביקורים**

הערות: אודה על הערכתך בשאלה לבירור נוסף

נשמח להמשך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

תאריך הדפסה: 09/06/2020

מכבי שירותי בריאות

לוי יהונתן
פיזיותרפיה

פיזיותרפיה

חעתק טופס
09/06/2020

טלפון: 0[illegible]-[illegible]
פקס: 073-2284083
כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

שם משפחה:	גולן		שם פרטי:	אילה	ת.ז.: 43592773
ת.לידה:	14/04/1950	מין: נ	טלפון:	099543216	טל.עבודה/נייד: 0525112199
כתובת:	השושנים 11/8, הרצליה				מיקוד 4601215

0043592773

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: לוי יהונתן

שם המכון: כפר סבא מכון פיזיותרפיה

☑ הפק ללא הדפסה

חתימה

תאריך הדפסה: 24/06/2020

מכבי שירותי בריאות

לוי יהונתן

פיזיותרפיה

פיזיותרפיה

טלפון: 09-[illegible]

פקס: 073-2284083

כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

0043592773

שם משפחה: **גולן** **שם פרטי:** **אילה** **ת.ז.:** 43592773

ת.לידה: 14/04/1950 **מין:** נ **טלפון:** 099543216 **טל.עבודה/נייד:** 0525112199

כתובת: השושנים 11/8, הרצליה **מיקוד** 4601215

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר ראובן אבישי **תאריך הפקה:** 24/06/2020

מר/ת גולן אילה **ת"ז:** 43592773

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: • CONTUSION

הופנתה לטיפולי פיזיותרפיה בעקבות כאבים במרפק שהופיעו לאחר חבלה. בצילום נשלל, אך עם זאת בפענוח צוינה "הרמה של כרית השומן אשר עשויה להעיד בעקיפין על שבר". בבדיקתה טווח כיפוף עד 120 מעלות, - 30 מעלות מיישור. טופלה מנואלית ובעזרת תרגילים לשיפור טווחי התנועה, אולטרסאונד וקירור. כיום, לאחר חודשיים טווח תנועה לכיפוף מלא, יישור - 20 מעלות (לאחר טיפול משתפר לכדי - 10 אך לדבריה חוזר לנורמה לאחר מכן). מכיוון שאין שיפור נוסף בשבועיים האחרונים, עלה החשד שאכן מדובר בפגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר עשוייה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך יצירה
איסוף שיער ללא כאב			21/04/2020
הרמת התיק ללא כאב			21/04/2020
חגירת חגורה ללא כאב			09/06/2020

טופל החל מ- 21/04/2020

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0 -100)	41	57
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	3
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

Therapeutic Exercises- THERAPEUTIC EXERCISE

Modalities- MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY COLD PACK

Administrative and Others- EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques- EDUCATION TECHNIQUES

Manual Therapy- Manual Therapy

סה"כ 8 **ביקורים**

הערות: אודה על הערכה נוספת בשאלה של פגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר

מכבי שירותי בריאות

לוי יהונתן
פיזיותרפיה

פיזיותרפיה

חעתק טופס
24/06/2020

טלפון: 99-1641666
פקס: 073-2284083
כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן			שם פרטי: אילה		ת.ז.: 43592773
ת.לידה:	14/04/1950	מין: נ	טלפון:	099543216	טל.עבודה/נייד: 0525112199
כתובת:	השושנים 11/8, הרצליה				מיקוד 4601215

0043592773

עשוייה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

נשמח להמשך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: לוי יהונתן

שם המכון: כפר סבא מכון פיזיותרפיה

☑ **הפק ללא הדפסה**

מכבי שירותי בריאות
מנכירות פיזיותרפיה
סוף כפר סבא

גיל: 70.3

שם רופא/ה: ד"ר ראובן אבישי

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 702581

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 30/07/2020:
ביקור חוזר מתאריך 16/07/2020:
ביקור חוזר מתאריך 19/04/2020:
לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למ יון ללא חבלה נוספת
16.7.2020 במעקב
30.7.2020 שוחחנו בטלפון תבצע רפואה משלימה ראיתי הסונר מרפק
12.8.2020 במעקב

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: מרפק שמאל הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר VN
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה
סונר ממצאים דלקתיים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CONTUSION	Lt		ELBOW

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DIPROSPAN 2ML 2CC	1	Amp.	1	להזרקה	1	1		M	N	N	57660	0	אמפולה

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	4	2000	Intraarticular inj/asp knee/ankle/elbow
!	1	2	2120	Tensoplast strapping of chest or joints

המלצות למטופל: הזרקה תחת סטריליות של דיפרוספן ועזרקאין
במידה והחמרה בכאבים סימני זיהום חום או סימני זיהום מקומיים לפנות מיד למוקד

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מומחה מ.ר. 36609 מ.ר.מ. 28151

מכבי שירותי בריאות

45021

פרטי מטופל

שם מטופל: גולן אילה

ת"ז: 43592773 **מין:** נ

ת"ז 0043592773

גיל 70 שנים ו- 4 חודשים

טלפון: 099543216, 0525112199

מסמך חתום דיגיטלית מכבי cosign

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר ראובן אבישי

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 09-7721839 077-5155345

מס ביקור 000144702581

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 12/08/2020 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
amp. betamethasone (dipropionate) 10 mg/amp betamethasone sodium phosphate 4 mg/amp * DIPROSPAN 2ML	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום	1 ימים	1 אמפולה				12/08/2020-26/08/2020	כמות לניפוק: 1 AMP - ** השתתפות עצמית: % 15

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י 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 נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

אבישי ראובן
מומחה כירורגיה אורתופדית
מ.ר. 28151 מ.ר.מ. 36609

מכבי שירותי בריאות

[illegible]

טלפון: 077-8188448 08-9721838

כתובת: [illegible] חדרה

שם משפחה: גולן | שם פרטי: אילה | ת.ז. [illegible]

ת.לידה: [illegible]/1950 | מין: נ | טלפון: [illegible]

[illegible]

מרפאת מכבי טבעי

[illegible]

ביקור חוזר מתאריך 12/08/2020
ביקור חוזר מתאריך 30/07/2020
ביקור חוזר מתאריך 16/07/2020
ביקור חוזר מתאריך 19/04/2020
[illegible] מרפק שמאל
[illegible] ללא חבלה נוספת
15.7.2020 [illegible]
30.7.2020 [illegible]
12.8.2020 במעקב
9.9.2020 במעקב

ממצאים

מרפק שמאל: הגבלת תנועה, ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר N/V
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה
[illegible]

- CONTUSION Left ELBOW

בעיות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

מעשן/ת : לא

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

09/09/2020

תאריך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מומחה
מ.ר. 36609
28151
חתימה וחותמת רופא

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 - 09/09/2020 עד תאריך - 08/03/2021

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרפאת הרצליה, הנדיב 1 הרצליה, טל: 09-7796500 פקס: 09-7796500
שעות פעילות: א' 14:00-21:00, ב', ג', ד', ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: גמן אילה [43592773]

#	הרפאה	תאריך	יום	שעה	רשא/מטפל	נושא
1	הרצליה	05/10/2020	ב	17:40	בנג'ו לוטם	טוינא
2	הרצליה	05/10/2020	ב	18:10	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
3	הרצליה	12/10/2020	ב	16:20	בנג'ו לוטם	טוינא
4	הרצליה	12/10/2020	ב	17:00	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
5	הרצליה	19/10/2020	ב	16:20	בנג'ו לוטם	טוינא
6	הרצליה	19/10/2020	ב	16:50	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
7	הרצליה	26/10/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
8	הרצליה	26/10/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
9	הרצליה	02/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
10	הרצליה	02/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
11	הרצליה	09/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
12	הרצליה	09/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
13	הרצליה	16/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
14	הרצליה	16/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
15	הרצליה	23/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
16	הרצליה	23/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
17	הרצליה	30/11/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
18	הרצליה	30/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
19	הרצליה	07/12/2020	ב	16:00	בנג'ו לוטם	טוינא
20	הרצליה	07/12/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)

דיקור (אקופונקטורה) : 10, טוינא : 10

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שמקבלו הנם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,
צוות מרפאת "מכבי טבעי הרצליה".
התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

קבלה 2105500023689 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מרפאה: הרצליה
תאריך: 13/09/2020
עבור: גולן אילה , ת"ז: 43592773 , ת.פ: , כתובת: השושנים 11 ,הרצליה
הערות: 10 דיקור 10 סוויטא
מקושר ל:
סוג:

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	ויזה כ.א.ל	תשלומים(6)	68348	1,760.00

סה"כ: 1,760.00

מספר שובר: 68001008 , **עסקה טלפונית:** לא ,**מספר עסק:**

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהייה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח כשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתנבי הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים
- הטבת מבצע 1+9 (במידה ונרכשה). תהיה בתוקף במידה והשלמה הסדרה במלואה והינה בעוד הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנון המבצע.
- למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים שמולמו ומרם נוקן טיפול בדיום. במידה והמטופל יודיע על הפסקת הטיפולים - היתרה הכספית תוחזר במלואה (בערכי קרן בלבד).
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שרותי הבריאות הנוספים של מכבי שרותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה הוראה-ניילא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה: _____

פק על ידי: לוי דורית 13/09/2020 16:16

הודפס ב 13/09/2020

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
[illegible]	[illegible]	035912773	יעקב

רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
השושנים 11	11	הרצליה		

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

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

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

תאריך: 13.6.21 עד לתחימה ומס' ת.ז. עו"ד אריאל פרייברג מס' רישיון: 62254 חתימה: X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

אני הח"מ, אלה גולן, ת.ז. מס' 043892773, מרחוב רוזנטל 7 הרצליה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
_____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 14.4.20
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 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 ברישומו 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.

<u>ולראיה באתי על החתום</u>

היום 11 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון 62254
עורך-דין

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 30 בחודש 1 שנה 2020

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

   א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.

   ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).

   ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של 500₪ על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב. ו-1.ג.(יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן:

   א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.

ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד החי"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.

ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.

ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

x

הלקוח

עורך דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ 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 _____ הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____ ולאחר שהזהרתיו/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.

_____
חתימת עורך הדין

קבלת לקוח

תאריך פתיחת התיק: אוגוסט 2020
מפנה:

שם הלקוח: אילה גולן

תאריך לידה: 14.4.50

ת.ז.: 043592773

מצב משפחתי: גרושה + חיה בזוגיות (יש עוזרת בית בתשלום – שחור – מאז התאונה לוקחת יותר שעות)

כתובת: השושנים 11 הרצליה

טלפונים:
תאריך התאונה: 14.4.20 – בשעות הצהריים הלכתי על המדרכה (איוורור) הרגישה דחיפה ונפלה ארצה. בן זוגי צעק "תעצור, תעצור" הוא עצר אחרי כמה מטרים והגיע להגיש עזרה. (בגלל קורונה לא הוזמן אמבולנס).

פגיעות: מרפק שמאל – כאבים והגבלה

בית החולים שבו טופל הלקוח: קופת חולים

מקום עבודה: אמנית – עצמאית – משתכרת כ-5000 ₪ כנגד חשבונית.

עזרת הזולת: יש – עוזרת בית בשחור.

תאונת עבודה: לא
יש פוליסות

חוקרים: <u>נאמר ללקוח</u>