

תאריך חתימת המסמך: 14/3/22

התובע: אליהו דרוויס, ת"ז 022455919
מרחוב הרצל 37, אור יהודה

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

– נ ג ד –

הנתבעת: הוראל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
טל': 03-7547709; פקס: 03-7348177
דוא"ל: TVIOT.HOVA@harel-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

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

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש 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 תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין:

1. התובע, יליד 8/7/1966, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 91-406-26 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב צילום רישיון נהיגה, תמונות רכב מעורב, דו"ח שמאי ואישור תשלום נזקי רכוש מטעמה של המבטחת של הרכב המעורב, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, נהג מונית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 16/04/2021, בכפר חב"ד, היה הרכב הנהוג ע"י התובע, מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 55-238-74 (להלן: "**הרכב המעורב**") ומרשי נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. יצויין כי המבטחת של הרכב המעורב, איילון חברה לביטוח בע"מ, שילמה לתובע את נזקי הרכוש אשר נגרמו מחמת התאונה.
9. התובע אשר סבר כי כאביו יחלפו התבדה ומשהחמירו פנה לקבלת טיפול רפואי במוקד טרם שם אובחנו חבלות בצוואר ובכתף שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהנחיה להמשיך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר נבדק התובע ע"י אורתופד בקהילה אשר הפנה אותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשיך נטילת משככי כאבים.
11. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה, אולם, המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, כמו גם, כאבים והגבלה בתנועות כתף שמאל

וסחרחורות הופנה לביצוע בדיקת הדמיה, המשך טיפולי פיזיותרפיה ולטיפול במסגרת מרפאת כאב.

12. התובע ביצע בדיקת הדמיה שכוונה לעמוד השדרה הצווארי אשר הדגימה בקעי דיסק בגבהים C5-C2 עם לחץ על השק התקאלי והיצרות פורמינה נויראלית שמאלית בגובה C5-C6.

13. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים כמו גם מעקב רפואי ונטילת תרופות נרקוטיות לשיכוך כאב אך הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר וכתף שמאל נותרו והוא הונחה להמשך טיפול רפואי אורתופדי ומרפאת כאב בנוסף לטיפולי רפואה משלימה.

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

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר וכתף שמאל, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בהרמה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע, נהג מונית בעיסוקו, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נבצר ממנו לעבוד במשך שעות ארוכות ונגרמו לו הפסדי שכר.

16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| ₪ 65,500 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 11,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 8,250 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 13,500 | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

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 התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע 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 התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: נספח 1 - חבות (עמודים 7 עד 19)	7
נספח 2: נספח 2 - תעודות רפואיות (עמודים 21 עד 55)	21
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - הראל (עמודים 57 עד 57)	57
נספח 4: נחתמו חתומים ומלאים (עמודים 59 עד 62)	59

נספח 1 :

נספח 1 - חבות

(עמודים 7 עד 19)

DRIVING LICENCE רישיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



דו"ס
1. DARVIS
אליהו
2. ELIYAHU
3. 08.07.1966 4a. 16.06.2016
4b. 08.07.2026 4c. 2431909
5. ID 022455919 5919
6. הרצל 37 אור יהודה

רשאי לנהוג בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל

A B D1

Designation of vehicle category

Year

Vehicle category

A2		1997	D		
A1		1997	D1		2000
A		2009	D2		
		1983	D3		
C1					
C					

Designation of vehicle category

022455919

200616 *406





רישיון רכב



מספר רישיון: 9140626
 מודל: M1 מוביל

03/02/2022

04676353-8 מספר זיהוי

7575738 10 ראשון לעין 38 דירה (זאבי) שד רחבעם (זאבי)

04/02/14 תאריך תפוגה

01/01/20 תאריך תפוגה

04/12/20 תאריך תפוגה

מספר מוביל

05

02/2014 מועד עליה לרכיש

U5YHN816BEL063597 מספר שיריה

4 מספר תעודת זהות

קיה סלובקיה

1 מספר תעודת זהות

D4FB

1582

דזל טורבו

D4FBDZ538599

205/55R16 91 V

205/55R16 91 V

1850

לב

4X2

ב-03/02/2020 196.056 ק"מ

1 במת אבזור בטיחות

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

שנות
 שותף
 שותף

02504656-6
 05790056-5
 05957390-7

הקטן סגל
 בן שמרון דליה אור
 סבב אירוס

מספר רישיון

HN816B

קיה סלובקיה
 CEED

EX

4

00416-0037

13-0407

6

12600

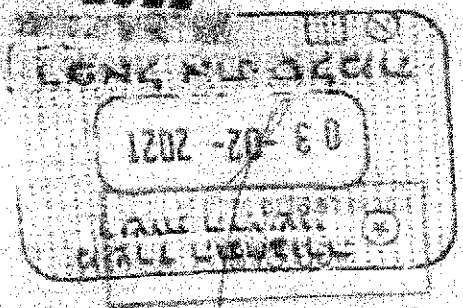
2504656-6 5055 יגל פית הקטן

הג מבס לצורך הע בנחות
 430115765 2/2/2014 איל
 ח"ב ברשיון תפע
 ח"ב אישור נדמים לרכוש

No 0803071

2022

430115765 בא





לתאריך: 30/08/21

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

סוכן: 841130 סגל גל

לכבוד דרויס אליהו
הרצל 37
אור יהודה

מבוטח/ת נכבד/ה

הנדון : דיווח על תביעות לפוליסה מס" 8058399121 העומדת להסתיים
בחודש דצמבר 2021

(מעודכן עד לתאריך הפקת מסמך זה)

כמתחייב מתקנות הפיקוח על עסקי הבטוח, להלן פירוט התביעות שהוגשו לחברתנו, עד לתאריך
הדפסת המכתב זה, על-ידיך או בשמך, בגין הביטוח שניתן בפוליסות המפורטות, במשך תקופת
הבטוח המצויינת להלן.

תקופת ביטוח 1/01/21 - 31/12/21 מס"רישוי 9140626 סוג ביטוח צד ג" אין תביעות לפוליסה

בכבוד רב,

11699 שלום ברוך (סמדר)
הכשרה חברה לביטוח בע"מ



עזרא ארז יעקב שמאות ויעוץ

בר סימנטוב 28 יחוד מונטון
 טלפון 077-5358525 נייד 050-444432
 076-5101451 פקס Ezrayakoov@gmail.com

תאריך : 27/ 8/2021
 חיק מספר : 2474-0-1
 פוסק מורשח : 033737347

לכבוד
 דר״ס אליהו
 חרצל 37
 אור יחוד

6021137

חמבוסח : דר״ס אליהו
 חמבוסח : חרצל חברה לביטוח בע"מ
 מס שלפון : 0506060101
 חסוכן : שלום ברוך טוכנות לביטוח
 כריקה ב- : 25/ 8/21 סביון

תאריך חמקרח : 24/08/2021
 מספר רישוי : 91-406-26
 תוצרת ודגם : קיח מוטורס סיד סטיישן דיזל
 מספר שלדח : 063597
 שנת יצור : 2014
 מר חנסרעח : 293433
 סוג חרכב : מונית
 סוג חנזק : נזק תאונתי

א.ג.נ.

חשבון עיסקה מס. 2209

***** חתק *****

ש"ח	500.00	שמאות
ש"ח	26.00	צילומים
ש"ח	30.00	נסיעות
ש"ח	-0.44	עיצול סכומים
ש"ח	555.56	סח"כ ללא מע"מ
ש"ח	94.44	סח"כ 17.00 % מע"מ
ש"ח	650.00	סח"כ לתשלום

חשבון זה אינו מחוזה חשבונות מס.
 חשבונות מס תומצא לאחר קבלת התשלום.
 פטור מלא מנכוי מס במקור

ככבוד רב

עזרא ארז יעקב
 רישיון 1023



עזרא ארז יעקב שמאות ויעוץ

בר סימנטוב 28 יחוד מונטון

סקס 076-5101451

נייד 050-4444432

077-5358525

טלפון

Ezrayakoov@gmail.com

תאריך: 27/ 8/2021

דו"ח: 1 - 0-2474

יום שישי, ים אלול תשפ"א

לכבוד

דרוים אליהו

חרצל 37

6021137

אור יחוד

א.ג.נ.

חוות דעת

חמכוסח : דרוים אליהו
חמכוסח : חראל חברה לביטוח בע"מ
מס סלסון : 0506060101
חסוכן : שלום ברוך סוכנות לביטוח
בדיקה ב- : 25/ 8/21 סביון
סוג מקרה : נזק תאונתי

תאריך המקרה : 24/08/2021
מספר רישוי : 91-406-26
תוצרת ודגם : קיה מוטרס סיד סטיישן דיזל
קוד דגם : 2885210 ברשיון : 04160037
מספר שלוח : 063597
שנת יצור : 2014
מד חנסועח : 293,433
ערך במחירון : 6,318
סוג חרכב : מונית
כולל מע"ס

מבחן שנתי לרכב נערך ב- 3/ 2/21 מד חנסועח שנרשם ברשיון חרכב 255132

לבקשתך בדקתי את נזקי חמונית חנדונח.
בבדיקתי נוכחתי בנזק תאונתי לצידה הימני אחורי של חמונית.
דלת אחורית ימנית, סף ימני, כנף אחורית ימנית וחישוק אח' ימני ניוזקו
ויש צורך בחיקונם.

חוות דעתי נסמכת על:

* מטצאי בדיקה חמונית בפועל.

פירוט עבודות

ש' 8:00	1600.00	עבודות טחחות
	1800.00	עבודות צבע
	300.00	כיוון / בדיקת טחלח אחורי
	350.00	שיפוץ חישוק + צביעה
4050.00	4050.00	סה"כ עבודות
4050.00		סה"כ נזק שנחבצ
		סה"כ נזק



עזרא ארז יעקב שמאות ויעוץ

מקס 076-5101451

בר סימנטוב 28 יחוד מונסטון

נייד 050-4444432
Ezrayakoov@gmail.com

077-5358525

טלפון

תאריך: 27/ 8/2021
דו"ח: 1 - 2474-0

יום שישי, יס אלול תשפ"א

חישוב ערך השוק של הרכב

ש"ח	6318	505	ערך הרכב ע"פ מחירון כולל מע"מ
		682	בתוספת 8.00 % דגם EX
ש"ח	7505		בתוספת 10.00 % מר אוף נמוך
			ערך השוק של הרכב כולל מע"מ
ש"ח	-1090	רשאי לקזז	בנכוי 17.0 % מע"מ
ש"ח	6415		סה"כ ערך השוק של הרכב

חישוב ירידת הערך של הרכב

1	1.50	תיקון	פגיעה בפח סף ימני
1	2.00	תיקון	פגיעה בכנף אחורית ימנית
			סה"כ ירידת הערך 3.50 %

ש"ח	7505	ערך השוק של הרכב הינו
ש"ח	262.68	מערך השוק של הרכב כולל מע"מ
ש"ח	-38.17	בנכוי 17.0 % מע"מ רשאי לקזז
ש"ח	224.51	סה"כ המצוי לירידת הערך

סיכום תווית הדעת

ש"ח	4738.50	סה"כ תביעה שהוגשה
ש"ח	224.51	סה"כ המצוי לירידת הערך
ש"ח	-688.50	נכוי הפרשי מע"מ - לא אושר מע"מ
		סה"כ נכלל בחוות הדעת



עזרא ארז יעקב שמאות ויעוץ

מקס 076-5101451

בר סימנטוב 28 יחוד מונטון

נייד 050-4444432
Ezrayakoov@gmail.com

077-5358525

טלפון

תאריך: 27/ 8/2021
ד"ח: 1 - 2474-0

יום שישי, יס אלול תשפ"א

נזק גולמי למוניח

ערך מונית ע"פ חישוב ערך רכב פרטי כולל מיסים ומע"מ הינו סך - 38,000 ש"ח.
קוד דגם במחירון יצחק לוי לרכב פרטי: 885250.
ע"פ חנחיות משרד התחבורה מחושב ערך נזק גולמי לרכב כערכו כולל מיסים.
לפיכך חנוק גולמי כתביעה זו הינו כ - 12%.

הערת ימי עבודה

זמן ימי עבודה, אשר מוערך על ידי לצורך תיקון חמונית הינם - 2 ימים נסו.

הערה

הערכתי מתבססת על ממצאי חבדיקה וכוללת נזקים נראים בלבד, במהלך תיקון חמונית בפועל צפויים להתגלות נזקים נוספים שלא נראו בבדיקתי הראשונה, לא התקבלה חשבונית תיקון.

הערה

ערך הרכב שחושב בחוות דעתי זו הינו עפ"י סך חתונות חידועים שהוצגו בפניי וחידועים לי. במידה וקיימים נתונים נוספים יש לחשבם בנוסף עפ"י מחירון.
במידה ומצוין בחוות דעתי תאריך נזק, ערך הרכב מתייחס ליום זה, במידה ולא נמסר לנו תאריך נזק, ערך הרכב הינו ליום בבדיקתי את הרכב.



עזרא ארז יעקב שמאות ויעוץ

מקט 076-5101451

בר טימנטוב 28 יחוד מונטון

נייד 050-4444432

077-5358525

טלפון

Ezrayakoov@gmail.com

תאריך: 27/ 8/2021

דו"ח: 1-0-2474

יום שישי, יט אלול תשפ"א

הצטרף לבית משפט

אני, החתום מטה, עזרא ארז יעקב שמאי רכב בעל תעודת חסמכח מספר 1023 מסעם משרד התחבורה, מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק סלילי, בדבר עדות שקר בשבועה בבית-משפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה בבית משפט.

לחלן פרטי השכלתי המקצועית

כוגר בית ספר מקצועי "מכללת עתיד" במגמת שמאות רכב משנת 2011, עוסק בשמאות רכב משנת 2011, חבר איגוד שמאי ביטוח בישראל. כוגר מכללת "המכללה הישראלית לביטחון וחקירות" במגמת חקירה ושיחזור תאונות דרכים משנת 2013, חבר בוועדה מקצועית של איגוד השמאים. מרצה במכללת עתיד ת"א במגמת שמאות רכב.

לוטח

צילום רישיון רכב
צילום ערך רכב ממוחשב - לוי יצחק
צילומי חמונית
חשבון שכ"ט

בכבוד רב,

עזרא ארז יעקב
רישיון מס' 1023

עזרא ארז יעקב
רישיון 1023

מחלקת תשלומי ביטוח - ביטוח כללי
תאריך: כ"ז חשון תשפ"ב
תאריך: 02/11/2021
טלפון: 03-7569666
פקס: 03-7569557
מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד

אליהו דרויס באמצעות סוכן הביטוח

הנדון: בקשה מס': 02 – 2006402116098
שם המבוטח: משומר מורן
אירוע מיום: 24/08/2021 רכב: 7975480
שם פוליסה: פוליסה לביטוח רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון- אישי
מס' פוליסה: 26573603721 רכב צד ג 9140626

הודעת תשלום חלקי לתובע צד שלישי

בהמשך לפנייתך בגין הנדון הרינו להודיעך כי ביום 02/11/2021 (יום אישור הוראת התשלום) הועברה בקשה לביצוע העברה בנקאית על סך 3816 ₪ בגין תגמולי הביטוח לחשבון הבא:
בנק: 9 סניף: 1 מס' חשבון 23617630 וזאת בהתאם לפרטים שנמסרו על ידך. ההעברה בפועל תבוצע תוך 3 ימי עסקים מיום העברת הבקשה לביצוע.

- עילת התשלום: תביעת צד ג'
 - פירוט מרכיבי התשלום:
 - עלות התיקון 3037 ₪ כמפורט בדוח השמאי.
 - סך 224 ₪ עבור ירידת ערך כמפורט בדוח השמאי.
 - סך 555 ₪ עבור שכ"ט שמאי מטעמך.
 - מצורף בזאת תחשיב ערך רכב על פי מחירון לוי יצחק.
 - הצמדה: מדד המחירים לצרכן
 - תאריך קובע לעניין הצמדה: מועד התשלום בפועל על ידי התובע.
 - סכום הצמדה שהתווסף: 00 ₪.
 - לאור הנוהג בשוק למתן המחאות דחיות למוסכים, על מנת שנוכל לבדוק האם ישנה זכאות להפרשי ריבית והצמדה ואם כן, מה גובהם, אנא העבר אלינו אסמכתאות על מועד הפירעון.
 - התאריך בו היו בידי המבטח כל המידע והמסמכים הנדרשים לבירור הבקשה: 02/11/2021.
 - בהמשך להתכתבות שנערכה עם סוכן הביטוח ובה נדונו מכלול הסיכויים והסיכונים הגלומים בניהול התביעה, הוחלט על תשלום של 3816 ₪.
- זכות השגה:** זכותך להשיג על ההחלטה, לרבות ע"י מומחה מטעמך, במכתב מנומק למחלקת תשלומי ביטוח- מנהלת פרט בדוא"ל TVIOT_RECHEV@AYALON-INS.CO.IL או לממונה על פניות הציבור ב"איילון" בדוא"ל tzibur@ayalon-ins.co.il או לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, או לנקוט בהליך משפטי בערכאה משפטית מתאימה.
- הערה:** תקופת התיישנות הבקשה לתגמולי ביטוח לפי חוק חוזה הביטוח הינה 7 שנים מתאריך אירוע הנזק ובכפוף לדין. הגשת בקשה לתגמולי ביטוח/העברתה לטיפול אינם עוצרים את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מועד האירוע המצוין לעיל הינו על פי הידוע לנו במועד כתיבת מכתב זה.

בכבוד רב,
יובל אבישר
מדור תשלומי ביטוח רכב

נספח 2 :

נספח 2- תעודות רפואיות

(עמודים 21 עד 55)

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

תלונה: תאונת דרכים תאונת עבודה. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 357684	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 900475	תאריך ביקור Visit Date: 17:28 18/04/2021
--	--------------------	-----------------------------	----------------------	--

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. אמיר גאנץ	שם: Name: אליהו דרויס תז: ID: 022455919	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין כלית
---	--	---

סיכום הביקור:

Diagnosis	אבחנה
Contusion, Traffic Accident contusion of neck	
Pulse: 81, TempC: 37 PO, O2sat: 97, BP: 141/91 (other vitals may be on scanned chart)	
Age: 54 years 9 months	
Injury/Pain Exam: SPINE : Direct blow to back, Pain started after 1 day, Pain is mild, Has Para-C-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence	הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 54 בריא בד"כ, ללא ריגוש ידועות התקבל בשל כאבים בצוואר לאחר תאונת דרכים מזה יומיים טרם קבלתו, שרכב נכנס ברכבו מאחורה. ללא איבוד הכרה או הקאות, ללא חבלת ראש, === בדיקה גופנית: בצמב כללי יציב, נינוח נשימתית, דורך רגיל. בהכרה מלאה, GCS 15. ראש- סימטרי, ללא דיפורמציה. ללא סימני מדרגה, ללא סימני basal skull fracture, ללא רגישות מעל עצמות פנים. צוואר- ריגוש במישוש שרירי, ללא סימני חבלה או ניפחות או שינוי בעור, תנועה תקינה. חזה וריאות- ללא סימני חבלה טריים, ללא רגישות בניקוש בית חזה. כניסת אוויר שווה, ללא צפצופים. לב- קולות סדירים. כטן- ללא סימני חבלה טריים. רכה, לא רגישה במישוש, ללא סימני גירוי צפקי. גב- ללא רגישות ורטברלית או פאראורטברלית. כוח גס שמור בגפיים תחתונות, נעמד על בווהנות ועקבים. גפיים- מניע 4 גפיים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV. בדיקה נוירולוגית- בהכרה מלאה, דיבור תקין, פנים סימטרי, כוח גס שמור בארבע גפיים, תחושה שמורה, עצבים קרינלים תקינים, תפקודי מוחו תקינים. CORONA : No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive, No fever over 38, No SOB, No cough, NOT in quarantine === מהלך ודיון: צילום : ללא ממצא חריג. לברר פיענוח ראדיולוג. המלצאות : המשך מעקב רופא מטפל.

תאריך 19/04/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

ד"ר אליהו

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	קריים
00-02245591-9	54.09	מין	08/07/1966	שם האב	שם האב
אור יהודה	הרצל	מס בית	37	טלפון	50 - 6060101
ישוב	רחוב	מס בית	37	טלפון	50 - 6060101

מספר הפניה: 31470003845

גורם שולח



1470

מספר הפניה



031470003845

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



017653

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T

תלונות / סיבת הפניה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

17653

ד"ר יעקב ברוך

מספר רשיון

שם הרופא

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

7.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

ד"ר אליהו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

00-02245591-9 הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך

תאריך 19/04/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		דרו"ס אליהו	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
00-02245591-9	54.09	08/07/1966	קריים
שם האב	מס זהות	גיל	ת. לידה
50 - 6060101	50 - 6060101	37	50
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	טלפון
הרצל	רחוב	מס בית	טלפון
אור יהודה	ישוב	מס בית	טלפון

מספר הפניה: 31470003845

רשיון רופא: 017653

תז נבדק: 22455919

מספר הפניה: 031470003845

גורם שולח: 1470

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

ACCIDENT/INJURY: NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל תנועות צוואר מוגבלות וכואבות P/T

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

תרופות קבועות

פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

ד"ר יעקב ברוך
מספר רשיון 17653
חתימה וחתימת הרופא

17653

ד"ר יעקב ברוך

מספר רשיון

שם הרופא

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

ה.ר. 7

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

דרו"ס אליהו

00-02245591-9 הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך

תאריך: 19/04/2021
שעה : 12:37
דף : 1

שירותי בריאות כללית - מחוז דן-פ"ת
מכון פיזיותרפיה - ק.אונו-מכון פיזיותר

הזמנה לטיפול

מספר זהות: 2245591

המבוטח : אליהו דרויס

<u>תאריך</u>	<u>יום</u>	<u>שעה</u>	<u>חדר</u>	<u>מטפל/ת</u>	<u>סוג בקור</u>
02/05/2021	א	11:00	1	ארבל יעל	דחוף

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון : 03-7383405

כתובת המרפאה: קריית אונו, יהודה המכבי 4
אוטובוסים : 1,55,68

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

להלן התורים המשוייכים לחולה זה מ - 02/05/2021									
תאריך	שם	לפנה	לפנה	שם	יעל	ק.אונו-מכון	ה פיוזיותרפי	ה	ה
02/05/2021	א	3	לפנה	11:00	דחוף ארבל	ק.אונו-מכון	ה פיוזיותרפי	ה	ה
06/05/2021	ה	13	לפנה	13:00	מורכ ארבל	ק.אונו-מכון	ה פיוזיותרפי	ה	ה
09/05/2021	א	4	לפנה	11:30	מורכ ארבל	ק.אונו-מכון	ה פיוזיותרפי	ה	ה
12/05/2021	ד	7	לפנה	10:40	חוזר ארבל	ק.אונו-מכון	ה פיוזיותרפי	ה	ה

זכאות: 01 זכאי פלטינום
 ת"ז: 9 - 2245591 שם: משפחה דרויס
 כתובת: אור יהודה הרצל 37
 מקצוע: רופא/מרפאה סוג פרטני
 פיוזיותרפיה
 גיל: 54.09 ש'
 ת.ד.1

(PF3) צא (F9) הצג תור בקבוצה (F10) תדפיס (Delete) בחר תור לביטול

05/05/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
00-02245591-9	54.10	ז	08/07/1966	קרים	דרוים אליהו
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב	
הרצל	מס בית	מין	טלפון	טלפון נוסף	
אור יהודה	רחוב	37	50 -6060101	50 - 6060101	
ישוב					

16/04/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35255158704

מספר הפניה:

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255158704

תז נבדק



22455919

רשיון רופא



120442

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

סימנים חיוניים: גובה 178 10/01/2019 משקל 83 25/02/2020 bmi 26.20

לחץ דם 138 / 89 14/02/2021

דופק 84 14/02/2021 סדיר

11/02/2021 מתאריך 80.67 eGFR

בעיות פעילות

בעיה	אפיון	מ. גילוי
SMOKER		01/01/1986
PERICARDITIS	acute	03/04/2017
2VESSEL CAD	לא משמעותי	03/04/2017

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LOSEC 20MG CAP 30 20MG	1	כמוסות	1	ביום
SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG	1	טבליות	1	ביום

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול

דרוים אליהו

00-02245591-9

04-1132
120442
חתימה וחותם הרופא

120442

מספר רשיון

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול

דרויס אליהו

תאריך: 04/06/2021

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

פרטי המטופל		דרכים אליה	
שם משפחה ושם פרטי	00-02245591-9	ת. לידה	08/07/1966
מס זהות	54.11	קרי	קרי
שם הרצ	37	טלפון	50 - 6060101
אור יהודה	מס בית	טלפון	50 - 6060101
רחוב	מס בית	טלפון	50 - 6060101
רחוב	מס בית	טלפון	50 - 6060101

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 16/04/2021

מספר הפניה: 35255159620

גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	רשיון רופא
5255	035255159620	22455919	120442

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

חלונות / סיבת הפניה: בן 54 עם כאבים בצוואר

סימנים חיוניים: גובה 178 10/01/2019 משקל 83 25/02/2020 bmi 26.20

לחץ דם 127 / 77 05/05/2021

דופק 90 05/05/2021 סדיר

11/02/2021 מתאריך 80.67 eGFR

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

7 סה"ר

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

מספר רשיון

שם הרופא

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

04-1132
120442
חברת ד"ר סמואל בלומר
חתימה וחתימת הרופא

תאריך 10/06/2021

סיכום טיפול

פרטי המטופל					דריס אליהו	
00-02245591-9	54.11	ז	08/07/1966	קרים	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	הרצל	אור יהודה
	37		50 -6060101	טלפון	רחוב	ישוב
	מס בית		טלפון	טלפון נוסף		

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210498683 מספר זיהוי הפניה: 35255158704

תאריך הפניה: 05/05/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר סמואל בלומר בנשימול רשיון רופא: 120442

מרפאה: מרפאת גורדון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7231		PAIN NECK CERVICALGIA

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 06/05/2021

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 10

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
10	הדרכה לתרגול בבית
10	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
10	תרגול כללי
7	טיפול ב-Hot Pack
3	טיפול ברקמה רכה
2	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
3	טיפול עם מכשיר זרמים

דף 1 מ 2

10/06/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י יעל ארבל 00-02245591-9

סיכום טיפול

דריס אליהו

כאבים:

דרוג בעת סגירת הסידרה	דרוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
	8	מרכז	צוואר

הערות להערכת המטפל: נמצא בטיפול בעקבות ת.ד. מגבלה CX ובטיפול

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 10/06/2021
 07/06/2021
 31/05/2021
 30/05/2021
 27/05/2021
 24/05/2021
 18/05/2021
 12/05/2021
 09/05/2021
 06/05/2021

מחוז דן פ"ת

מל"ת

מכון פיזיותרפיה ק. אונו
 רח' יהודה המכבי 4, קרית אונו
 טל': 03-7383405 פקס: 03-7383401
 חתימה וחותמת

יעל ארבל

שם מטפל

תאריך: 30/06/2021

הפניה לדימות

פרטי-המטופל		דרוים אליהו	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	55.00
אור יהודה	00-02245591-9	ז' מין	08/07/1966
הרצל	37	קריים	08/07/1966
רחוב	מס בית	שם האב	50 -6060101
טלפון	טלפון	שם האב	50 -6060101

תאריך תאונה: 16/04/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 31470004800

רשיון רופא: 017653

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



1470

031470004800

22455919

017653

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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010

המטופל מתלון על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021:
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	whiplash
7239	CERVICAL SPINE SYNDROMES	

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 19/04/2021:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
30/06/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

30/06/2021

00-02245591-9 הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך

הפניה לדימות

דרוים אליהו

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

11/02/2021 CREATININE: 1.04 מתאריך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר יעקב ברוך	17653	

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך 30/06/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

דרוים אליהו

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	קרים
00-02245591-9	55.00	37	50	08/07/1966	שם האב
הרצל	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
אור יהודה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה 16/04/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



1470

מספר הפניה



031470004801

תז נבדק



22455919

מספר רשיון



017653

לכבוד: מרפ' כאב

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80	whiplash	ACCIDENT/INJURY; NOS
7239		CERVICAL SPINE SYNDROMES

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021:
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 19/04/2021:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
30/06/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

דף 1 מ 2

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

פניה כללית - נוסח חופשי

30/06/2021

הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך 00-02245591-9

ריס אליהו

29/06/2021 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל				
00-02245591-9	55.00	ז	08/07/1966	קרים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	הרצל	37	50 -6060101	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	מק בית	טלפון	א.

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210498683 מספר זיהוי הפניה: 35255158704

תאריך הפניה: 05/05/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים ת. תאונה: 16/04/2021

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר סמואל בלומר בנשימול רשיון רופא: 120442

מרפאה: מרפאת גורדון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7231		PAIN NECK CERVICALGIA

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 06/05/2021

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	הדרכה לתרגול בבית
12	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
12	תרגול כללי
7	טיפול ב-Hot Pack
3	טיפול ברקמה רכה
2	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
5	טיפול עם מכשיר זרמים

כאכים:

ד"ר ב"ר	ד"ר ב"ר	צ"ד	א"ב"ר
סגירת הסידרה	פתיחת הסידרה	מרכז	צוואר
	8		

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 29/06/2021
 22/06/2021
 10/06/2021
 07/06/2021
 31/05/2021
 30/05/2021
 27/05/2021
 24/05/2021
 18/05/2021
 12/05/2021
 09/05/2021
 06/05/2021

מחוז דן פ"ת
 מכון פיאורפיה ק.א.א.
 רח' יהודה חמכבי 4, קרית אונ
 טל': 03-7383405 פקס: 03-7383401

חתימה וחותמת

יעל ארבל

שם מטפל

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 12 יולי, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדקת: דרויס, אליהו
תאריך בדיקה: 06/07/2021
כתובת: אור יהודה, הרצל
טורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: ו מ
לכבוד
הרופא המטפל
ד"ר נבד,

ת.ג.: 022455919
טלפון: 050 - 6060101
רופא מפנה/מטפל: ברוך יעקב

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צווארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

מודגמת עמדה לורדוטית תקינה.
גובה החוליות שמור.

שינויים ספונדילואיים דיפוזיים מתונים עם יצירת אוסטיאופיטים קטנים בגופי החוליות.

בגובה C1-C2: שינויים ניוונים במפרק האטלנטו-דנטלי עם יצירת אוסטיאופיטים בחלקו העליון.
תעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C2-C3: בקע דיסק אחורי מרכזי קטן.
הניורופורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C3-C4: בקע דיסק אחורי מרכזי, משיק לשק התקאלי.
הניורופורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C4-C5: בקע דיסק אחורי מרכזי, לוחץ על השק התקאלי.
הניורופורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C5-C6: בקע דיסק ואוסטיאופיטים אחוריים משמאל, עם לחץ על השק התקאלי.
היצרות פורמינה נירלית שמאלית.
תעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C6-C7: אין עדות לבקע דיסק.
הניורופורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

בגובה C7-D1: אין עדות לבקע דיסק.
הניורופורמינות ותעלת השדרה בקוטר תקין.

לנבדקת: יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופאה המפנה/המטפלת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות לחשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

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

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור בני ברק
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 12 יולי, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 022455919

שם נבדקת: דרויס, אליהו

תאריך בדיקה: 06/07/2021

ממצאי לוחאי:
שינויים פיזיולוגיים קלים בפסגות הריאות.
קשרית בקוטר 3 מ"מ בפסגת הריאה משמאל.

בברכה,

ד"ר אלונה אפרת
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 98584 מ.ר.מ. 3301

לנבדקת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופאה המפנה/המטפלת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בבדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק תגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2

תאריך 14/07/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

דרוים אליהו		00-02245591-9	55.00	ז	08/07/1966	קרים
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
אור יהודה	הרצל	37	50	6060101	50	6060101
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/07/2021

סוג ביקור: 10 תאונה אחרת - צד ג'

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/06/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנעות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/ T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי
14/07/2021: C-T ב: בקעי דיסק C2-5
P/T

קוד	איפיון	אבחנה
A80	whiplash	ACCIDENT/INJURY; NOS
7239		CERVICAL SPINE SYNDROMES

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/06/2021
ההפניות שהופקו ב 19/04/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
30/06/2021
ההפניות שהופקו ב 30/06/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , טופס הפניה כללי - נוסח
חופשי - המלצות על המשך טיפול
14/07/2021:

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

תרופות בביקור

P	m	עד	n	ק	נ	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	L		0	r	H	יחידה	15	15	D	1	טבליות	TAB	ASSIVAL 5MG TAB 5MG

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

14/07/2021

00-02245591-9 הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך

סיכום ביקור

דרוים אליהו

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ASSIVAL 5MG TAB 5MG

התראת תרופות:

בברכה,

ד"ר יעקב ברוך

17653

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך 14/07/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

דרכים אליה

שם משפחה ושם פרטי

אור יהודה

ישוב

הרצל

רחוב

מספר הפניה:

רשיון רופא



017653

31470005031

תז נבדק



22455919

מספר הפניה



031470005031

גורם שולח



1470

שירות שנבחר

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

CERVICAL SPINE SYNDROMES

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/06/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי
14/07/2021: C-T: בקעי דיסק C2-5
P/T

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD

תרופות קבועות

פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

7 ה.ר. 0

הפניה לפיזיותרפיה

דרכים אליה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-02245591-9 הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך

ד"ר יעקב ברוך

17653

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה על תחמת הרופא

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



7 ה.ר. 7

הפניה לפיזיותרפיה

דרויס אליהו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

הודפס ע"י ד"ר יעקב ברוך 00-02245591-9

תאריך 28/07/2021

סיכום טיפול

פרטי המטופל

00-02245591-9	55.01	ז	08/07/1966	קרים
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
הרצל	37	50	6060101	טלפון נוסף
רחוב	מס בית	טלפון	אור יהודה	ישוב
	/			

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210498683 מספר זיהוי הפניה: 35255158704

תאריך הפניה: 05/05/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר סמואל בלומר בנשימול

מרפאה: מרפאת גורדון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 06/05/2021 תאריך סיום טיפול: 28/07/2021

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	הדרכה לתרגול בבית
13	הדרכה ויזואלית (לאורח חיים בריא)
13	תרגול כללי
7	טיפול ב-Hot Pack
3	טיפול ברקמה רכה
2	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
6	טיפול עם מכשיר זרמים

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	מרכז	8	6

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 22/07/2021
 29/06/2021
 22/06/2021
 10/06/2021
 07/06/2021
 31/05/2021
 30/05/2021
 27/05/2021
 24/05/2021
 18/05/2021
 12/05/2021
 09/05/2021
 06/05/2021

יעל ארבל

שם מטפל

חתימה/חותמת

05/10/2021 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					דרוים אליהו	
00-02245591-9	55.03	ז	08/07/1966	קרים	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	הרצל	אור יהודה
	37		50 -6060101	טלפון	רחוב	ישוב
	מס בית			טלפון נוסף		

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210499545 מספר זיהוי הפניה: 35255159620

תאריך הפניה: 04/06/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר סמואל בלומר בנשימול

מרפאה: מרפאת גורדון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7231		CERVICALGIA

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 28/07/2021 תאריך סיום טיפול: 05/10/2021

מס' ביקורים בפועל: 5 פרטני: 2 קבוצתי: 3

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הדרכה לתרגול בבית
2	תרגול כללי
2	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
2	קבוצת כתף וצוואר
1	קבוצת רביע עליון

סיבת סיום טיפול:

גיל המטופל: 55.03

תאריך ביקור: 21/10/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מבקש לעבור על בדיקות הדם:
כולסטרול וטריגליצרידים מוגברים. הונחה לשינוי ארוחות חיים. הומלץ על התחלת
הטיפול בסטטינים. לא מעוניין.
לויקוציטוזיס 12.9. אין אפשרות לעיין במערכת האופק לגבי בדיקות העבר.
להמשך מעקב הרופא המטפל.
===
לאחר תאונת דרכים ב-16.4.21.
כאבים בצוואר. עבר טיפולי פיזיותרפיה.
מלין על מוגבלות וקושי בעבודה.
מבקש זלדיאר.

סימנים חיוניים

גובה: 178 נמדד ב: 10/01/2019

משקל: 83 נמדד ב: 12/09/2021

BMI : 26.20

לחץ דם: 127 / 77 נמדד ב: 05/05/2021 דופק: 90 סדיר נמדד ב: 05/05/2021

eGFR : 82.21 מתאריך: 04/10/2021

FEV1 (%) : 68 עודכן ב: 03/08/2021 FVC (%) : 71 עודכן ב: 03/08/2021 FEV1/FVC : 0.77

קוד	איפיון
7	אבחנה OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

מחזורי	עין	P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
	1	W			0	ר	א	יחידה	20	א	0	טבליות		TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת גורדון
קוד מרפאה: 5255
קוד מחוז: 04

תאריך עדכון: 21/10/2021
רופא מעדכן: ד"ר אורי דביר
מס רשיון: 145205
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה
שימוש פנימי

תאריך 21/11/2021

סיכום מידע רפואי

מיועד ל - כל המעוניין

פרטי המטופל

דרוים אליהו

00-02245591-9
55.04 ז
08/07/1966 קרים
שם האב

שם משפחה ושם פרטי

50 - 6060101
טלפון נוסף

50 - 6060101
טלפון

37
מס בית

הרצל
רחוב

אור יהודה
ישוב

נרשם על סמך הרשום בתיק

משקל 83 גובה 178 לחץ דם 127 / 77 מעשן בעבר bmi 26.20

אבחנה -מצב בריאותי

בעיות פעילות

ת.גילוי	איפיון	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD
14/07/2011		CERVICALGIA
14/07/2021		CERVICAL SPINE SYNDROMES
14/07/2021	C2 - C5	DISC LESIONS

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	איפיון	בעיה
00/00/2021	01/01/1986		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG
ביום	2	טבליות	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

21/11/2021

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 00-02245591-9

דרוים אליהו

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

120442

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או
מפי אפוסטרופס/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים
ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

סיכום מידע רפואי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

דרויס אליהו

21/11/2021

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 00-02245591-9



גיל מטופל: 55.05

תאריך ביקור: 10/12/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונה/סיבה הפניה עבר ת.ד מסוג צליפת השוט בתאריך 18.4.21 כאבים ממושכים בצוואר עם הקרנה לכתף שמאל לשיכמה שמאלית וליד שמאל עם הגבלה בתנועות ללא הפרעות תחושתיות. ידוע על בלטי דיסק בעש צווארי בגבהים שונים. טופל עי PT ומשככי כאבים. עובד כנהג מונית.

תלונה עיקרית

פירוט	קוד	איפיון	אבחנה
	A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
	7231		CERVICALGIA
	7245		BACKACHE
	7229	c2-c5	DISC LESIONS

נתוני רקע

ניתוחים

פירוט	קוד	איפיון	אבחנה
			BCC באף
			ניתוח מחיצת האף

רגישות לתרופות

רגישות לתרופות	תגובה	נמסר עי
לא ידועה רגישות לתרופות		

הרגלים

נישואין: כן

מלכוהול: כן הערות: חברתי

פעילות גופנית: הליכה

נחמנה: רגיל

בדיקה גופנית

בדיקה גופנית: רגישות בעש צווארי עם הקרנה לכתף שמאל ליד שמאל ולשיכמה שמאלית, הגבלה בתנועות ללא חסר ניורולוגי פריפרי.

דיון ותוכנית הטיפול

תוכנית טיפול

טיפול	כמות	חובה/אופציונאלי	הערות
רפואה סינית	12		
שיאצו	12		

ש.ל.ה - שירותי רפואה
מקבוצת כללית

הדרך לרפואה שלמה



מבנה סיכומי יועץ

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

פרטי עדכון

רופא מעדכן: ד"ר מרים אלפרט

תאריך עדכון: 10/12/2021

מס' רשיון: 20320

שם מרפאה: קיראון - רפואה משלימה

קוד מרפאה: 7811 קוד מחוז: 04 קוד מקצוע: 125 תאור מקצוע: רופא ברפואה משלימה

תאריך 12/12/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל		00-02245591-9		55.05	ז	08/07/1966	קרים
דרוים אליהו		מס זהות		גיל	מין	ת.לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי							
אור יהודה	הרצל	מס בית	37	טלפון	50 - 6060101	טלפון נוסף	50
ישוב	רחוב						

תאריך תאונה 16/04/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/12/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 16/04/2021

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021:
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי
12/12/2021:
מתקשה בעבודה עם כאבים בע"ש מותני ובצוואר
עבר טיפולים במסגרת פיזיותרפיה X 12
ללא מחלות רקע משמעותיות;
אין רגישות ידועה לתרופות

בדיקה גופנית:

תנועות ע"ש צווארי מעט מוגבלות עם כאבים בסוף תנועה
רוטאציות מעט מוגבלות
אין חסר נירוסקולרי דיסטלי; בגפיים תחתונות או עליונות;
תנועות ע"ש מותני כאובות, הליכה בתבנית תקינה
אין חסר מוטורי או תחושתני; כוח תקין שווה דו"צ
תנועות אגן טובות; תנועות פרקי ירכיים מלאות
רגישות פרהספינאלית מותנית קלה דו"צ

תוצאות הדמייה:

CT ע"ש מותני בלטי דיסק במספר גבהים

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS	whiplash	A80
CERVICAL SPINE SYNDROMES		7239

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	לשקילת דיקור / שיאצו	H138	הודפס	הודפס

תרופות בביקור

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	נ	ק	ח	עד	מ	P
BREXIN 20MG (M) TAB 20MG	1	TAB	טבליות	1	D	20	20	יחידה	N	ר	0		1	W
ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37	1	TAB	טבליות	3	D	15	45	יחידה	N	ר	0		1	W

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BREXIN 20MG (M) TAB 20MG
					ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

התראת תרופות:

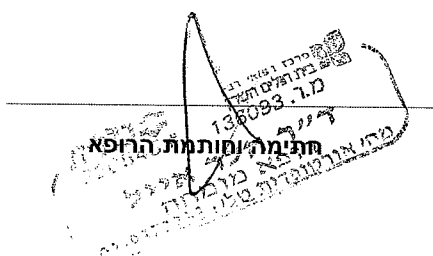
בברכה,

ד"ר אייל הלר

36093

מס' רשיון

שם הרופא



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: ד"ר הלר אייל - פתח תקוה מחוז: דן-פ"ת

תאריך 12/12/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

דרכים אליהו

שם משפחה ושם פרטי

אור יהודה

ישוב

הרצל

רחוב

מס בית

37

טלפון

50 - 6060101

טלפון נוסף

50 - 6060101

תאריך תאונה 16/04/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2248

מספר הפניה



032248017055

תז נבדק



22455919

מספר רשיון



036093

לכבוד: מרפאה אלטרנטיבית

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80	whiplash	ACCIDENT/INJURY; NOS
7239		CERVICAL SPINE SYNDROMES

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/04/2021:
כאבי עש צווארי לאחר פגיעה במכונית עומדת מאחור 15 אפריל
תנועות צוואר מוגבלות וכואבות
P/T
30/06/2021: לאחר 12 טיפולי P/T עדיין רגישות צווארית
בעילרוד מופקת סחרחורת פניה כתף שמאל מוגבלת טווח תנועה מוגבל
מופנה למרפ' כאב
C-T צווארי
12/12/2021:
מתקשה בעבודה עם כאבים בע"ש מותני ובצוואר
עבר טיפולים במסגרת פיזיותרפיה X 12
ללא מחלות רקע משמעותיות;
אין רגישות ידועה לתרופות

ממצאים בבדיקה תנועות ע"ש צווארי מעט מוגבלות עם כאבים בסוף תנועה

רוטאציות מעט מוגבלות

אין חסר נזירוסקולרי דיסטלי; בגפיים תחתונות או עליונות;

תנועות ע"ש מותני כאובות, הליכה בתבנית תקינה

אין חסר מוטורי או תחושתי; כוח תקין שווה דו"צ

תנועות אגן טובות; תנועות פרקי ירכיים מלאות

רגישות פרהספינאלית מותנית קלה דו"צ

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

12/12/2021

הודפס ע"י ד"ר אייל הלר 00-02245591-9

דרכים אליהו

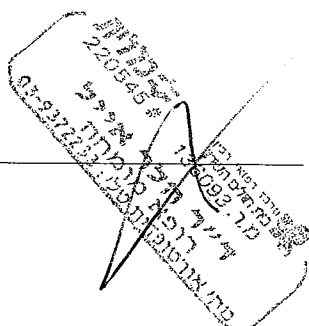
מגילוי	איפיון	בעיה
03/04/2017	acute	PERICARDITIS
03/04/2017	לא משמעותי	2VESSEL CAD
14/07/2011		CERVICALGIA
14/07/2021		CERVICAL SPINE SYNDROMES
14/07/2021	C2 - C5	DISC LESIONS

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/2021	01/01/1986		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	טבליות	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37
ביום	1	כמוסות	1	LOSEC 20MG CAP 30 20MG
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG



מטרת ההפניה: לשקילת דיקור / שיאצו

36093

ד"ר אייל הלר

מספר רשיון

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - הראל

(עמודים 57 עד 57)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

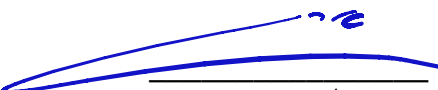
אליהו דרויס- נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אליהו דרויס, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגע, טופל במסגרת מוקד "טרם" לרפואה דחופה, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

נחתמו חתומים ומלאים

(עמודים 59 עד 62)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אלירן גרין, מס' 022455949, מרחוב הירק 31 1/2 יבנה,
ת.ז. מס' 022455949, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 16/4/21
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.

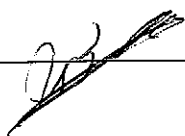
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

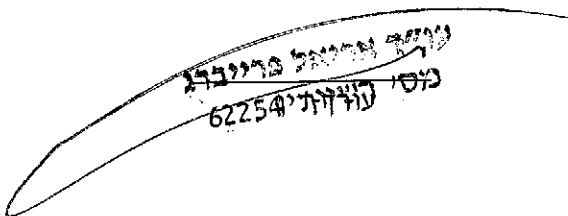
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 22 לחודש 12 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד חגי מרינוב
מס' עו"ד 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	ס'ר
_____	_____	_____	022455919	1010
טלפון	מיקוד	מס'	עיר	רחוב
_____	_____	37	יר יר	31

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 הבריאות 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 הבריאות 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 וויתור 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: 22/12/11 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(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 אליה גרליץ בעל ת.ז. 022455919 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 גל סריג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 22/11/81
הופיעה בפני אליה גרליץ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 022455919
ולאחר שהוזהרתי/ויה 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