

תאריך חתימת המסמך : 21.3.22

קורל חזן, ת"ז 315118364 : התובעת
מרחוב פורת 48, פורת

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 –

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

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלת"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 והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין:

1. התובעת, ילידת 17.1.99, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מספר רישוי 98-539-12 (להלן: "**הרכב/האופנוע**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וצילום רישיון נהיגה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. התובעת, שחקנית כדורגל נשים מקצוענית ושחקנית נבחרת ישראל נגרעה ממצבת השחקניות, נבצר ממנה ליטול חלק באימונים ובמשחקים, הקריירה שלה נבלמה ונגרמו לה הפסדי שכר.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 15.6.2020, בשעה 14:30 או בסמוך לכך, בצומת נחל חדרה, עת רכבה על האופנוע הייתה מעורבת בתאונה והיא נפלה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים הלל יפה, בחדרה, שם אובחנו חבלות באגן מימין ובגב התחתון, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל מתן זריקה לשיכוך כאבים, שחררה לביתה בהמלצה להמשיך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני והברך טופלה במסגרת קופת החולים והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה.
10. יצויין כי התובעת נפגעה בעבר בברכיה ונאלצה לקבל טיפול אשר כלל התערבות ניתוחית. לאחר התאונה דן נאלצה התובעת לקבל טיפול שמרני וקפדני במסגרת מכון וינגייט שם היא טופלה והתאמנה.

11. לתובעת לא הותר להתאמן, אלא, רק בהמשך הותר לה להתאמן אימונים בעצמות נמוכה מאוד וללא מגע. כן, ניתן לתובעת טיפול תרופתי לשיכוך הכאב, בין היתר, באמצעות זריקה נוספת לשיכוך כאבים.
 12. נוכח הימשכות הכאבים הופנתה התובעת להמשך מעקב, טיפול שמרני, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, מהחמרה בכאבים בברכיים, מקושי בישיבה עמידה וריצה ממושכות, מקושי כיפוף, מקושי בעמידה על רגל אחת ומכאבים בבעיטה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
 14. התובעת שחקנית נבחרת ישראל נשים ושחקנית כדורגל מקצוענית. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נבצר ממנה ליטול חלק באימונים ובמשחקים, הקריירה שלא נבלמה ונגרמו לה הפסדי שכר.
 15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
 16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה ולכך שעובר לתאונה התניידה באמצעות כלי רכב דו-גלגלי, נזקקת עתה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

17. להלן פירוט נזקי התובע 1:
 - א. נזק מיוחד:
 - (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 40,500
 - (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 12,000
 - (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 5,000
 - (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 13,500
 - ב. נזק כללי:
 - כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
 - (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
 - (2) עזרת הזולת בעתיד.
 - (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
 - (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
 - (5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

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



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חברות (עמודים 5 עד 7)	7
נספח 2: תיעוד רפואי (עמודים 8 עד 15)	11
נספח 3: נחתמו (עמודים 29 עד 32)	29

נספח 1

חבות

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	תחנת שדות שרון	מספר תיק	315195 /	שנת	2020
תאריך	21/06/2020	סיווג תיק	כללי	ת.ד.	
מס' תיק מסוף	4	מס' מסמך בתיק	5120	מס' פקס	2752
טלפון	09-9665740	מס' מיל			
כתובת	רח' הרצל 40 קדימה/צורן				
נושא המסמך					

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 15/06/2020 בשעה 14:30
2. מקום התאונה: בכביש בין עירוני כביש מס 4 ק"מ מס 162.8 הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	7584653	סוג רכב	פרטי נוסעים	פרטי הרכב:	תוצר רכב
לא הוצג		חברת ביטוח		מספר פוליסה	סוג לוחית
				שם	שנת לידה
(1)	שיוך המעורב	נהג	ת.ז.	מעורבים ברכב:	חומרת הפגיעה
	כתובת			קופ"ח / בית חולים	

מספר רכב	9853912	סוג רכב	אופנוע	פרטי הרכב:	תוצר רכב
אילון		חברת ביטוח		מספר פוליסה	סוג לוחית
				שם	שנת לידה
(1)	שיוך המעורב	נהג	ת.ז.	מעורבים ברכב:	חומרת הפגיעה
	כתובת			קופ"ח / בית חולים	
	פורת, פורת 48			הלל יפה - חדרה	
4.	פרטי הולכי רגל:				

(1)	שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
	כתובת		קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 21/06/2020

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1083419	פולינסקי	הראל

פרטי השוטר המוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
-----	------	----------	---------

מ"א
1083419

רסמ

דרגה

שם משפחה

פולינסקי

הראל

שם פרטי



חזן
1. HAZAN
קורל
2. KORAL
3. 17.01.1999
4. כ"ט בטבת ה'תשנ"ט 42.13.05.2019
4b. 15.05.2021 4d. ID 315118364
5. 1830213 8364
6. פורת 48 פורת

8364

תמונת

רישיון רכב



בתוקף עד		סוג		מספר רכב	
06/02/2021	מספר זהות	L2 אופנוע	9853912	בעלים	
31511836-4		חזן קורל	45820	חזן	
21/05/19	תאריך בעלות	04/02/20	07/02/13	תאריך רישום	
04	בעלים קודמים	מספר שילדה	02/2013	רישום מקור	
MLHMC41A1B5004021	הונדה	תוצר מנוע	250	מקומות ישיבה למעט הנהג	
MC41E	מספר מנוע	110/70-17	54 S	סוג דלק	
2026534	צבע	140/70-17	66 S	צמיג קדמי	
רוחק סרנים	הנעה	משקל עצמי	199	צמיג אחורי	
		ווגרית		משקל מלא	
				משקל מורשה	

ב-21/05/2019 66,054 ק"מ

בעלים נוספים:

תוצר	הונדה תאילנד	דגם	CBR250RB	סרנים
כינוי מסחרי		רמת גימור		קבוצת רישוי
הספק (כ"ס)	26.00	בקרר	ABS	קוד
צמיגות		דגם אוויר	אס	הוראת רישום
תנאים והגבלות		דגם אוויר	אס	חלון בנ
		דגם אוויר	אס	12-0345



משרד התחבורה
י"ם טל' 06999037 223-012
760105 017220819 6003117
נחלקל מורח 303

330115494 יבוא רשומי

הסכום לתשלום (ש"ח)
303.00

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (מסמך)

נספח 2

תעודות רפואיות



מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר גלאל מ.ר. 18795	אחיות אחראיות: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 17:04 15/06/2020

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11079043

המידע הכלול במסמך זה מגן על פ חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: חן	שם פרטי: קורל	ת. זהות: 315118364
מין: נקבה	ת. לידה: 17/01/1999	גיל: 21
כתובת: פורת 48 פורת 4582000	טלפון: 055-6667023	שם האב: ויקטור
מצב משפחתי: רווק/ה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 15/06/2020 שעה: 14:37

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 15/06/2020

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה

שעת העברה למחלקה

אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING MOTORCYCLIST (E819.2)

בריאה בדרך כלל

תלונה עיקרית

תאונת דרכים כנהגת אופנוע

מחלה נוכחית

בת 21, בריאה בד"כ

ללא טיפול תרופתי קבוע

התקבלה למיון לאחר שהייתה מעורבת בתאונת דרכים כנהגת אופנוע עם קסדה וחליפה לחלק העליון של הגוף ביום קבלתה, לדבריה רכב סטה מהנתיב, כתוצאה מכך המטופלת נפלה, שוללת חבלת ראשונים, ללא סיפור של אובדן הכרה, ללא בחילות או הקאות לאחר התאונה, שוללת חבלת בית חזה או בטן. בקבלתה למיון מלינה על כאבים באגן מימין.

במיון-

יציבה המודינמית ונשימתית, מדדים חיוניים שמורים, GCS 15.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

דופק	לחץ דם	סטורציה
85	119/73	100

בדיקה גופנית

נבדק: p

מצב כללי

עור

טוב

ב.מ.פ.

חזן קורל ת.ז: 315118364 מחלקה: מיון כללי מקרה: 11079043

ראש צוות בית חזה וריאות בטן גפיים מירולוגית אחר יעוצים

סימטרי, ללא דיפורמציות או סימני חבלה .
ללא רגישות במישוש, ללא הגבלה בתנועות
ללא סימן חבלה, ללא דפורמציה או רגישות במישוש.
בטן רכה, ולא רגישה כלל, ללא סימני חבלה טריים .
ללא סימני חבלה טריים תנועות מלאה
GCS 15, ללא חסר נירולוגי גס
רגישות במישוש מעל הישבן מימין . ללא סימן חבלה .

רופא מבקש: דר' סמארה סלים מ.ר. 125576
מועד הבקשה: 15/06/2020 15:33
מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי
תאריך ביקור מתוכנן: 15/06/2020
דחיפות: רגיל
ניידות החולה: עצמאי/מתהלך
הגדרת הבעיה: תאונת דרכים

תשובות:

תשובה

בת 21, בריאה, ללא רגישות ידועה, שוללת הריון.
הייתה מעורבת באונת דרכים כנהגת אופנוע עם קסדה וחליפה לחלק העליון של הגוף, רכב סטה מהנתיב, עפה לחולה, נפלה, מלינה על כאבים באגן מימין.
במיון-
נושאת משקל, מתהלכת ללא קושי, תבנית הליכה תקינה.
ללא סימני חבלה, ללא סימני חגורה. הנעת צוואר חופשית לכל הכיוונים, ללא רגישות גרמית לאורך עמו"ש, רגישות פארא-רטברלית בע"ש מותני מימין, כח שמור 5/5 בכל התחנות, אגן יציב, ללא רגישות, גפיים תחתונות ללא דפורמציות, ללא רגישות, רולינג שלילי

בצילום אגן - ללא מעורבות גרמית. 15/06/2020 דר' סמארה סלים מ.

למטופל הוסבר שבדר"כ בפגיעות מסוג זה, הכאב מחמיר בימים הקרובים ופוחת לאחר מכן.
המלצות בשחרור:
*המשך מעקב רופא מטפל.
*המשך טיפול תרופתי קבוע.
*משככי כאבים במידת הצורך.
*חימום ועיסוי מקומי.
*הפעלה מלאה.
*ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במידה ולא חל שיפור בכאב.
*בכל החמרה יש לפנות לרופא.

ישנכם 15/06/2020 דר' סמארה סלים מ.

רופא מבקש: דר' סמארה סלים מ.ר. 125576
מועד הבקשה: 15/06/2020 15:33
מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי
תאריך ביקור מתוכנן: 15/06/2020

מקרה: 11079043

מחלקה: מיון כללי

ת.ז: 315118364

חזן קורל

דחיפות: רגיל
ניידות החולה: עצמאי/מתהלך
הגדרת הבעיה: תאונת דרכים

תשובות:

תשובה

תאריך: נרשם ע"י

בת 21, בריאה, ללא רגישות ידועה, שוללת הריון. הייתה מעורבת באונת דרכים כנהגת אופנוע עם קסדה וחליפה לחלק העליון של הגוף, רכב סטה מהנתיב, עפה לחולה, נפלה, מלינה על כאבים באגן מימין.

במיון-

נושאת משקל, מתהלכת ללא קושי, תבנית הליכה תקינה. ללא סימני חבלה, ללא סימני חגורה. הנעת צוואר חופשית לכל הכיוונים, ללא רגישות גרמית לאורך עמו"ש, רגישות פארא-ארטברלית בע"ש מותני מימין, כח שמור 5/5 בכל התחנות, אגן יציב, ללא רגישות, גפיים תחתונות ללא דפורמציות, ללא רגישות, רולינג שלילי.

בצילום אגן - ללא מעורבות גרמית. 15/06/2020 דר' סמארה סלים מ.

למטופל הוסבר שבדר"כ בפגיעות מסוג זה, הכאב מחמיר בימים הקרובים ופוחת לאחר מכן.

המלצות בשחרור:

*המשך מעקב רופא מטפל.

*המשך טיפול תרופתי קבוע.

*משככי כאבים במידת הצורך.

*חימום ועיסוי מקומי.

*הפעלה מלאה.

*ביקרת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במידה ולא חל שיפור בכאב.

*בכל החמרה יש לפנות לרופא.

ייעוצים

15/06/2020 דר' סמארה סלים מ.

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IM
Drug Dosage: 75 mg	INJ	15/06/2020 16:48	Once Rate from nurse: 0	VOLTAREN INJ 75MG/3ML 3ML INJ 75 mg	

סיכום ודין

בת 21, בריאה בד"כ

ללא טיפול תרופתי קבוע

התקבלה למיון לאחר שהייתה מעורבת בתאונת דרכים כנהגת אופנוע עם קסדה וחליפה לחלק העליון של הגוף ביום קבלתה, לדבריה רכב סטה מהנתיב, כתוצאה מכך המטופלת נפלה, שוללת חבלת ראשונים, ללא סיפור של אובדן הכרה, ללא בחילות או הקאות לאחר התאונה, שוללת חבלת בית חזה או בטן, בקבלתה למיון מלינה על כאבים באגן מימין.

במיון-

#ציבה המודינמית ונשימתית, מדדים חיוניים שמורים, GCS 15.

#בבדיקתה - כאבים ורגישות באגן מימין - מעל הישבן, ללא סימני חבלה, שאר בדיקתה הגופנית כמתואר לעיל.

#במיון טופלה בזריקת VOLTAREN IM.

#במיון נבדקה ע"י רופא אורתופד - רגישות פארא-ארטברלית בע"ש מותני מימין, בצילום אגן - ללא מעורבות גרמית, למטופל הוסבר שבדר"כ בפגיעות מסוג זה, הכאב מחמיר בימים הקרובים ופוחת לאחר מכן. שוחררה מבחינה אורתופדית, ראה יעוץ מצורף.

לסיכום - החולה הוצגה לתורן בכיר דר' חרדו, כעת ללא בעיה כירורגית חריפה אשר מצריכה המשך טיפול במסגרת מיון, משוחררת עם ההמלצות הבאות-

סטטוס מטופל בשחרור

טובה

המלצות כלליות

המלצה:

- * ראה יעוץ אורתופד לעיל.
 - * מעקב רופא מטפל בקהילה
 - * משככי כאבים לפי הצורך
 - * מנוחה למשך 5 ימים
 - * במקרה החמרה יש לפנות למלר"ד כל פניה למיון מחויבת בתשלום או בטופס התחייבות.
 - * החלמה מהירה.
- חופשת מחלה: 5 ימים.

רופא/ה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר יונס סעיד מ.ר. 1156706	רופא	15/06/2020 17:02

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



0050172691



015469

קוד הפניה: 177570327

טלפון: 09-7774600

פקס: 073-2284107

כתובת: השקד 4, תל מוד

פרטי הנבדק

שם פרטי: קורל	שם משפחה: חזן	ת.ז.:	315118364
טלפון: 097962075	מ.י.נ:	ת.לידה: 17/01/1999	0502340754
מיקוד: 4582000	הותקים: 48 פורת	כתובת:	0315118364

מכון פיזיותרפיה

גורם משלים: 5 תאונת דרכים

תלונות: r.a.

pain in the back and lt knee
checked in hillel yaffe 15.06.20
in the background reconstruction of a.c.l. bilt

no n.v deficit. sensivity in motion
knee, no free fluid. full r.o.m. stability preserved

אבחנה:

• LOW BACK PAIN
• ARTHRALGIA
lt knee

• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture

בעיות ידועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: הפעלה וחזקת שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/07/2020 עד תאריך - 28/12/2020

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

01/07/2020

תאריך

י"ר אריה זיו
מומחה בכירורגיה
אורתופדית
11243 מ.ר.ת. 5.6.01
חתימה וחתימה

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא: רצפת אגן, גיקוד 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.



0315118364

15/07/2020 עד 01/07/2020

המרשם בנותקף מ

גברת חזן קורל

הותיקו 48 פורת

Rp.

0502340754 טל סלולרי

097962075 טלפון

TAB 30 סה"כ

שם התרופה

Tab. diclofenac 100 mg

שמות החלופות

TAB. BETAREN SR 100MG X 20 <1 OP+10> [25870]

* TAB. BETAREN SR 100MG X 10 <3 OP> [8267]

הוראות שימוש: לבלעה 1 טבליה 1 פעם ביום (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
(אחרי האוכל (קובה מלאה

10%

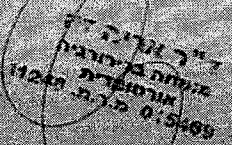
* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי
תוכנית הגביה המאושרת לקופה ועל פי דינחלים שבתוקף
ביום הניפוק



713459

[o.m]

בידיעתי ובאחריות מורשה הרוקחות לנפק חלופה
גברית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת



חתימה וחתימת הרופא

01/07/2020 ת.הפקה

זיו אריה
מומחה כירורגיה אורתופדית
השקד 4 תל מונד
מ.ר 15469 טל 09-7774600



015469

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת

* יעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים
מוחשב. תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נזל עדיין.

141 །དྲ་

תאריך הדפסה: 01/10/2020

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דן טופילד עפרי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

נומחית ברפואת המשפחה

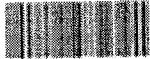
טלפון: 09-7742119

פקס: 09-7797160

כתובת: הדקל 47, תל מונד (קרית מונדסטר קומה 2)

מ.ר טרם מופנה

מסמך חתום
דיגיטלית
רקולטס בוכבי



0023070147



028453

קוד הפניה: 189100744

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חזן	שם פרטי: קורל	ת.ז.: 315118364
ת.לדה: 17/01/1999	מין: ג	טלפון: 097982075
כתובת: הוותיקים 48, פורת	מיקוד: 4592000	טל.עבודה/נייד: 0566667023

מבט פזיולוגיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי
מבוקרים קודמים

ממשיכה שיקום מתאמנת אך ללא משחק מגע - ת.ז. לפני חדשים, ת.ז. בדרך חזרה מאימון -אופנוע היתה מוגנת בפלג גוף עליון
יקסדה חבלת גב פתני ללא ממצאים בצילום
ספורטאית מקצועית קיבלה זריקת אסטרן במיון עם תועלת מרבית הסאבים חלפו אבל בעמידה על רגל אחת עדיין כאב, מעונינת
בזריקה נוספת
עדיין כאבים במותן כשבאעטת

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

בעיות ידועות:

• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction, MIM suture

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: אנא ראה מסמכים עם הרקע-טיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/10/2020 עד תאריך - 30/03/2021

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

01/10/2020

תאריך

חתימה וחותמת

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

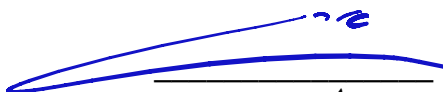
קורל חזן- נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה- הפול

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

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים הלל יפה ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

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	
315114364	[חתימה]	[חתימה]	[חתימה]	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
[חתימה]	[חתימה]	[חתימה]	[חתימה]	[חתימה]

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: 1.9.21 עד לחתימה ומס' ת. עו"ד אריאל בריינברג חתימה: _____ X

מס' רשיון: 52254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, קורן חנן, מס' 01511964, מרחוב חזית 48 בית,
 ת.ז. מס' 01511964, את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
 בענין תאונת דרכים מיום - מבלי לפגוע בכלליות המינוי
 הנ"ל יהיה בא כוחי 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 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 מחן 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 1 לחודש 8 שנה 2021

חתימה: X ה

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך-דין~~
עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ קורן / ח בעל ת.ז. 315118364 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:	פגועה 2012	הפגיעה:	חבלת רגל ימנית	המוסד הרפואי:	מרכז רפואי כנס
תאריך:	יולי 2018	הפגיעה:	כרס	המוסד הרפואי:	מרכז רפואי כנס
תאריך:	יולי 2019	הפגיעה:	כרס	המוסד הרפואי:	מרכז רפואי כנס

א

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 31.10.21
הופיע בפני קורן / ח (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 315118364
ולאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי
לעונשים הקבועים בחוק, אישר את נכונות הצהרתו.

עו"ד אריאל פרייברג

רשיון: 62254

חתימת עורך הדין