

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
ברחובות

עמית זיטון, ת"ז 305179160

התובע

על ידי עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)
ו/או יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס': 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

שירביט חברה לביטוח בע"מ ח"פ 512904608

הנתבעת:

מרחוב יד חרוצים 18, נתניה
דוא"ל: agentclaims@shirbit.co.il

סוג התביעה ונושאה: פלת"ד

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

סכום האגרה: 710 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל ועמית זיטון הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 18.2.91, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב מס' 79-915-11 (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 אישור משטרה, מסומן "כנספת 1" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
- (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.
 - (3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:
 4. בתאריך 12.1.20, בשעה 15:49 או בסמוך לכך, בכניסה ללוד אחרי צומת אחיסמך, עת עמד ברמזור אדום, פגע ברכב, אשר היה נהוג ע"י התובע, רכב אחר והתובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
 5. למקום הוזמן צוות מד"א אשר הבהיל את התובע לבית חולים אסף הרופא, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובפלג גופו השמאלי. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
 - רצ"ב דו"ח מד"א וסיכום אשפוז, מסומנים "כנספת 2" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
 6. התובע טופל במסגרת הקהילה, נוכח כאבי הראש והכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר, הגב, כתף ורגל שמאל ניתנו לו ימי מחלה והוא הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמלצה לנטילת תרופות לשיכוך הכאב.
 7. התובע אשר מאז התאונה סבל מירידה בשמיעה וטנטון פנה לרופא אף, אוזן וגרון אשר החליט להפנותו למכון שמיעה ולהמשך בירור רפואי אשר הדגים ירידה בשמיעה. כן, מחמת הכאבים וההגבלה בתנועות, כמו גם, נימול והירדמות בגפיים השמאליות הוחלט להפנותו לביצוע טיפולי רפואה משלימה והמשך מעקב.
 - רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספת 3" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. בעקבות התאונה אושרה לתובע חופשת מחלה למן יום התאונה ועד ליום 9.2.20 ובהמשך ניתנו לו חופשות מחלה נוספות בעת התקפות כאב וקושי בתפקוד.

רצ"ב תעודות מחלה, מסומנות "כנספה 4" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

9. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים השמאליים ונימול, מכאבי ראש, ירידה בשמיעה וטנטון, מקשיים בהרמת משאות, בכיפוף, בישיבה, בעמידה ובהליכה ממושכות, מקושי בריכוז והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

10. התובע שף ומנהל הסעדה בעיסוקו, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה ממושכת, בריכוז וביצוע פעולות פיזיות, מתקשה מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה ולבטל פרויקטים, נזקק להפוגות ממושכת במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.

11. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

12. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

14. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|---|
| ₪ 120,000 | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| ₪ 30,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 10,000 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 20,000 | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרות 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.

15. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

16. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

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

אשר על כן, מתבקש כבי' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדון 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: אישור משטרה (עמודים 7 עד 7)	7
נספח 2: דוח מדא וסיכום אשפוז (עמודים 9 עד 15)	9
נספח 3: תעודות רפואיות (2) (עמודים 17 עד 38)	17
נספח 4: תעודות מחלה (עמודים 40 עד 43)	40
נספח 5: בקשה למינוי מומחים (עמודים 45 עד 45)	45
נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר בריאות (עמודים 47 עד 50)	47



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 7)

נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 7)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

17082 / 2020	מספר תיק פלא	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז	יחידה
ח.כ.	סיווג תיק	12:08 י"ח טבת תש"פ 15/01/2020	תאריך
	מס' מסמך בתיק	5208 - 270 - 2020 - 4	מס' תיק מסוף
08-9371580	פקס	08-9371419	טלפון
bohanim.shfela@police.gov.il	מייל	הרצל 206 , רחובות	כתובת
			נושא המסמך

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 12/01/2020 בשעה 15:49

2. מקום התאונה: כניסה ללוד (מרכז) בכביש בין עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
7991511	פרטי נוסעים	מזדה יפן
שיוך המעורב	חברת ביטוח	סוג לוחית
נהג	לא הוצג	ישראלית
שם	ת.ז.	שנת לידה
עמית זיטון	305179160	18/02/1991
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
לוד, אילת 11		

4. פרטי הולכי רגל:

1)	שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
	הולך רגל	36751576	נח רפאל	
	כתובת		קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

2)	שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
	הולך רגל	207027277	ברנע שירי	
	כתובת		קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

מתאריך: 13/01/2020

מצב התיק: בחקירה

5. כמות נפגעים: 1

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
דור	אויאר	1900321

פרטי השוטר המוסר

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א
נוי	נגמה	רסב	974089

נספח 2 :

דוח מדא וסיכום אשפוז

(עמודים 9 עד 15)

נספח 2 :

דוח מדא וסיכום אשפוז

(עמודים 9 עד 15)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מרחב איילון 1143

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 12/01/2020

ארוע: 2456

מספר טופס: 13366374

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 305179160

שם משפחה: זיטון

שם פרטי: עמית

מין: זכר

תאריך לידה: 18/02/1991

גיל: 28.1

כתובת: כפר דניאל, שיטה

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0542317498

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: צומת אחיסמך,

אנמנזה:



תלונה עיקרית: כאבי גב, צוואר, וכתף שמאל

מחלה נוכחית: בן כ-28, בריא בד"כ, לדבריו עמד בצומת ברכבו בדרכו חזרה מהעבודה, ורכב אחר פגע ברכבו מאחור. מתלונן על כאבים בגב, בצוואר, ובכתף שמאל באזור האחיזה של החגורה. בהגיעו נמצא יושב בכסא הנהג, עם צווארון שהונח ע"י איילון 873. קינמטיקת פגיעה קלה ברכבו, ללא פתיחת כריות אוויר. בבדיקה, בהכרה מלאה, ללא חיוורון, ללא הזעה, ללא סימני מצוקה נשימתית, דופק רדיאלי נמוש היטב, יציב המודינמית. אינו זוכר היטב את פרטי התאונה אך שולל איבוד הכרה, מתמצא בזמן ובמרחב, ללא חסרים ניירולוגיים נראים לעין. שולל חבלת ראש. שולל בחילות. שולל סחרחורות. ללא דימום. ללא נפיחות. ללא הגבלת תנועה ביד שמאל. ללא תלונות נוספות. הועבר למלר"ד כיחרגי אסף הרופא להמשך טיפול.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

17:00	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נשם	נשימות
12	קצב נשימה
סדיר	דופק
84	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית

בדיקות עזר

17:00	בדיקות
120/70	לחץ דם
כן	אישונים שווים

אבחנה משוערת: חבלה בצוואר, חבלה בגפיים, חבלה קלה

טראומה:

צוואר: כאב
זרוע שמאל: כאב
גב: כאב



טיפול

17:00	בדיקות
לא	חנק
צוואר, לוח גב	טיפולים שניתנו

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: תאונה חזית אחור

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל
המבקש : עובר אורח
המסייעים: משטרה, אמבולנס רגיל
מקום האירוע : ברשות הרבים
קוד מבצעי: 1143

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 17:22
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
דופק ספונטני: סדיר

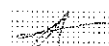
יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: אסף הרופא שמיר
מחלקה: מלר"ד כירורגי
נמסר ל: אירנה

זמנים

קבלה 16:40 : יציאה 16:43 : הגעה 16:57 : מפנה 16:58 : ביעד 17:22 :

אנשי צוות



שם הנהג : אלכסנדר שאר"י חתימה :



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/24/22
 פקס: 08-9779919/09

מעודכן ל: 00:08, 13/01/20
 אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. שריסט משה

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11463307

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

זיטון עמית

ת.ז.: 30517916-0 מין: זכר ת.לידה: 18/02/1991 גיל: 28 ש
 סוג מבקר: אזרח שם האב: ציון שם האם: מרים
 מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית כתובת: אילת 11, לוד, 7127634

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה גורם מפנה: מדא מרשות ציבור מבטח: זיטון עמית, 30517916-0
 תאריך קליטה במיון: 12/01/20 שעה: 18:12
 תאריך קליטה בב"ח: 12/01/20 שעה: 18:12

אבחנות נוכחיות

V71.4 - Examination of individual involved in motor vehicle

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

נכתב ע"י שי בושמיץ עוזרת רופא:
 בן 28 לאחר תאונת דרכים

=====

היום בשעות הערב היה מעורב בתאונת דרכים שבמהלכה רכב התנגש בצד האחורי ימני של הרכב בו נהג, חגור. לא נפתחו כריות אוויר.
 שולל אובדן הכרה, בחילות והקאות וטשטוש ראייה
 ללא כאבי ראש.
 מלין על כאבי בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל ובגב.
 ללא מחלות רקע, אינו נוטל תרופות.
 ללא רגישויות ידועות.

במיון

=====

מדדים חיוניים תקינים.

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 2 13/01/2020 00:11 AVIHAIM



סודי רפואי

מעודכן ל: 12/01/20

מחלקה מיעצת: אורתופדיה

שעה: 23:42

סיכום ייעוץ - יעוץ אורתופדיה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

נתוני המטופל

שם: זיטון עמית ת"ז: 30517916-0 מקרה: 11463307 גיל: 28 ש מיון: זכר
כתובת: אילת 11, לוד, 7127634 קופ"ח: כללית

תאריך ייעוץ: 12/01/2020 שעת ייעוץ: 23:04

תאריך קבלה למחלקה: 12/01/2020

תאריך אשפוז: 12/01/2020

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: מיון כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תוכן הייעוץ

בן 29, ברקע בריא לדבריו היום, ת"ד כנהג חגור, מנגנון אחורי צידי, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה. הוצא מהרכב ע"י מד"א, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. שולל חבלות ישירות בגופו.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות, ללא הגבלה בהנעת צוואר אך כאוב, ישנה רגישות פראורטברלית ורגישות על פני חוליות צוואריות, כיפוף ויישור גב מלאים, החזרי פיקה תקינים, הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב, ללא רגישות פראורטברלית מתנית, ישנה רגישות ע"פ מעבר עמ"ש טוראקו-מותני. SLR שלילי, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים

צילום - ללא עדות לשבר או פריקה.

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

בבדיקה - ראש/נויר: GCS 15, אישונים שווים ומגיבים לאור, ללא סטיית לשון, תנועות עיניים עוקבות, כוח גס תקין, ללא סמני חבלה.

חזה: ללא סמני חבלה או רגישות.

בטן: ללא סמני חבלה או רגישות.

דיון וסיכום הקבלה

תאונת דרכים ללא חבלת ראש, ללא אובדן הכרה בנוכחות בדיקה נוירולוגית תקינה. מלין על כאבים בצוואר ובגב. נבדק ע"י אורטופד - ראה ייעוץ מצורף.

מצב המטופל בשחרור ממיון

מצב כללי טוב

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- משככי כאבים לפי הצורך.
- המשך מעקב רופא מטפל וחידוש טיפול תרופתי קבוע.
- יישום המלצות אורטופד.
- בכל מקרה של החמרה במצב: שינוי מצב הכרה, הקאות רציפות, כאבים עזים וכו' נא לשוב למיון.
- מנוחה.

חופשת מחלה: 3 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שוחרר בליווי



חתימה

רופא מאשר: דר. מוסקוביץ, אביחי

00:11 13/01/20

מספר רשיון: 136391

חתימה:

גרסה: 01 עמוד 2 מתוך 2 13/01/2020 00:11 AVIHAIM

המלצות יועצ/ת לשחרור

המלצות:

- מנוחה 3 ימים
- שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- לכאבים חזקים רוקסט פלוס עד 3 פעמים ביום
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חתימה

שם היועץ: דר. גוטמן תירוש, אדוה רישיון: 146794 תאריך: 12/01/20 שעה: 23:42



נספח 3 :

תעודות רפואיות (2)

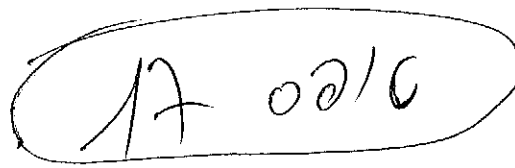
(עמודים 17 עד 38)

נספח 3 :

תעודות רפואיות (2)

(עמודים 17 עד 38)





תאריך 23/01/2020

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

פרטי המטופל		זיטון עמית	
שם משפחה ושם פרטי	00-30517916-0	28.11	18/02/1991
מס זהות	גיל	ז	ציון
שם האב	שם האב	ת.לידה	שם האב
לוד	אילת	11 / 1	54 - 2317498
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
77 - 9236795	טלפון	טלפון	טלפון

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 12/01/2020

מספר הפניה: 32514020724

גורם שולח



מספר הפניה



תז נבדק



רשיון רופא



שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020
מאורב בת. דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלו
שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל וגב
נבדק במיון אסף הרופא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך
16/01/2020
23/01/2020

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77

לחץ דם 110 / 70 31/03/2013

26/11/2019 מתאריך 124.16 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיפון	בעיה
01/01/2006		SMOKER
23/04/2017	It	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
15/05/2018		CERVICALGIA
12/01/2020		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/01/2020	It hip+shoulder	CONTUSION
12/01/2020		BACKACHE

3 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

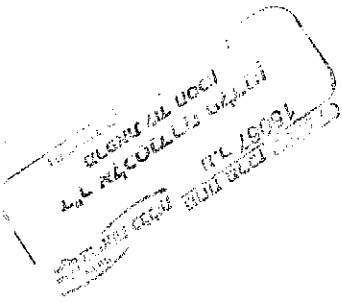
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

זיטון עמית

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



תאריך
23/01/2020
14:37

הפניה כללית

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		זיטון עמית		00-30517916-0		28.11	ז	18/02/1991	ציון
שם האב		מס זהות		גיל		מין		ת.לידה	
שם האב		מס זהות		גיל		מין		ת.לידה	
77 - 9236795		54 - 2317498		11 / 1					
טלפון נוסף		טלפון		מס בית					
לוד		אילת		רחוב					
ישוב									

תאריך תאונה 12/01/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה
333

מספר הפניה: 32514020725

גורם שולח



2514

מספר הפניה



032514020725

תז נבדק



0305179160

מספר רשיון



015067

שירות שנבחר

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

זכרונות משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
CONTUSION	lt hip+shoulder	9249
BACKACHE		7245
CERVICALGIA		7231

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020
מאורב בת. דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלו
שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל וגב
נבדק במיון אסף הרופא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך
16/01/2020
23/01/2020

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77

לחץ דם 110 /70 31/03/2013

26/11/2019 מתאריך 124.16 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

ס.ה.ר. 3

הפניה כללית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

23/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

זיטון עמית

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2006		SMOKER
23/04/2017	It	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
15/05/2018		CERVICALGIA
12/01/2020		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/01/2020	It hip+shoulder	CONTUSION
12/01/2020		BACKACHE

15067

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

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



ס.ה.ר. 3

הפניה כללית

זיטון עמית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

00-30517916-0 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 23/01/2020

0559956020

שם הרופא
תחום
מספר רישיון
כתובת
טלפון
פקס
מחלקת: לוד סנטר - מרכז מקצועי מחוז: מרכז

28/01/2020 תאריך

הפניה למכון שמיעה

פרטי המטופל

00-30517916-0
שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת. לידה
ציון
שם האב
לוד
אילת
רחוב
מס בית
טלפון
טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 12/01/2020

גורם שולח
3058

מספר הפניה
033058272805

תז נבדק
0305179160

רשיון רופא
105574

לכתוב: מכון שמיעה

שירות שנבחר קוד שירות משה"ב קוד
75007 75057 בדיקת שמיעה מקיפה
75053 75057 טיפוסוגרפיה

אבחנה משוערת קוד איפיון
A80 MVA
ACCIDENT/INJURY; NOS
TINNITUS
CERUMEN

תלונות MVA, מצוין שהיתה תבלת צוואר - מאד מתלונן על סממן

ממצאים בבדיקה פנים: סמטיות: עצב 7 תקין ד"צ
צוואר: לא נמושו בלוטות מוגדלות
פה ולוע: ללא טריסמוס ללא PND
אף: רירית תקינה
עיניים: ללא ניסטגמוס
אוזניים: צירחן ד"צ בקה תקינות

105574 ד"ר מג'יד יונס
מספר רישיון שם הרופא



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

סוג תור 3

הפניה לבדיקת שמיעה המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
ד"ר מג'יד יונס 00-30517916-0 תאריך: 28/01/2020

תאריך 28/01/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
זיטון עמית			00-30517916-0		
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	ציון	שם האב
אילת	11 / 1	54	2317498	77	9236795
לוד	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה 12/01/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/01/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: היה מעורב בתאונת דרכים ב- 12/1/2020. פונה לאספ הרופא- ללאפתיחה של כריות אוויר. מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב תחתון. וירר שמאל. מלין על טיטון

בדיקה גופנית: רגישות עמ"ש צווארי. רגישות מותנית. ידיים כח גס שמור. תחושה שמורה. רגלים כח גס שמור, תחושה שמורה.

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

תרופות בביקור

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	n	ק	נ	עד	m	P
ETORICOXIB TAB 90MG 90MG	1	TAB	טבליות	1	D	14	14	יחידה	N	ר	0		1	P
ROKACET PLUS CAP (D) CF	1	CPL	קפלויות	2	D	20	40	יחידה	N	ר	0		1	P

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ETORICOXIB TAB 90MG 90MG
					ROKACET PLUS CAP (D) CF

התראת תרופות:

סיכום והמלצות: רושם מטופל שבועים לאחר תאונת דרכים. עדין כאבים. קושי לישון. טיפול בנוגדי כאבים. פזיטראפיה. מעקב לפי צורך

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

דף 1 מ 2

28/01/2020

הודפס ע"י און ברזל 00-30517916-0

זיטון עמית

בברכה,

אורן ברזל

37882

מס' רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא



סיכום ביקור

זיטון עמית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

28/01/2020

הודפס ע"י אורן ברזל 00-30517916-0

תאריך 16/04/2020

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

זיטון עמית		00-30517916-0	29.02	ז	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
לוד	אילת	11 / 1			54	77
ישוב	רחוב	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
					2317498	9236795

תאריך תאונה 12/01/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32514021172

גורם שולח



2514

מספר הפניה



032514021172

תז נבדק



0305179160

מספר רשיון



015067

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	רפואי
70017			שירות

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/01/2020
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020
 מאורב בת. דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלו
 שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל וגב
 נבדק במיון אסף הרופא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך
 16/01/2020
 23/01/2020
 16/04/2020
 עדיין יש כאבי גב, צוואר, עקב מצב (יורוס קורונה - כעת ללא טיפול של פיזיותרפיה)

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77

לחץ דם 110 / 70 31/03/2013

26/11/2019 מתאריך 124.16 eGFR

אבחנה משוערת

3 ה.ה.ר

הפניה לרפואה יועצת
 זיטון עמית
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 1 מ 2
 16/04/2020
 הודפס ע"י ד"ר איליה שקרוב

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	lt hip+shoulder	CONTUSION
7245		BACKACHE
7231		CERVICALGIA

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב 23/01/2020
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי -
70017-בדיקת רופא אורתופד
16/04/2020

מ.גילוי	איפיון	בעיה	בעיות פעילות
01/01/2006			SMOKER
23/04/2017	lt		FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
15/05/2018			CERVICALGIA
12/01/2020			ACCIDENT/INJURY; NOS
12/01/2020	lt hip+shoulder		CONTUSION
12/01/2020			BACKACHE

ד"ר שקרוב איליה
מ"ר 31082
רופא משפחה

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

31082

ד"ר איליה שקרוב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



3 ה.ה.ר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

הפניה לרפואה יועצת

16/04/2020

הודפס ע"י ד"ר איליה שקרוב 00-30517916-0

זימון עמית

09/08/2020 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל			
ד"טון עמית	00-30517916-0	29.05	18/02/1991
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	שם האב	מין	ציון
לוד	אילת	11 / 1	54 - 2317498
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			77 - 9236795
			טלפון נוסף

מספר הפניה: 32514021989

גורם שולח



2514

מספר הפניה



032514021989

תז נבדק



0305179160

רשיון רופא



015067

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.

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
78003	L1028	US .א.ס. רקמות רכות	10405037

המטופל מתלונן על כאבים ב רגל שמאל QUADRICEPS

סימנים חיוניים גובה 165 נמדד ב: 03/04/2013 משקל 62 נמדד ב: 03/04/2013 BMI 22.77

לחץ דם 110 /70 נמדד ב: 31/03/2013

26/11/2019 מתאריך eGFR 124.16

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7295	PAIN FOOT	

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2006		SMOKER
23/04/2017	lt	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
15/05/2018		CERVICALGIA
12/01/2020		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/01/2020	lt hip+shoulder	CONTUSION
12/01/2020		BACKACHE

3 .ה.ר.ו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

09/08/2020 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

הפניה לדימות

זיטון עמית

הערות: איזור הקבדריצפס שמאל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

שם הרופא

15067

מספר רשיון

בריאות כללית מחוז מ"נ
מ"ר 15067
ד"ר פלדמן אלכסנדרה
רופאת משפחה

חתימה וחותמת הרופא

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



3.ה.ר.ו

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

09/08/2020

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

דיטון עמית

04/11/2020 תאריך הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

00-30517916-0	29.08	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין
אילת	11 / 1	54	2317498
לוד	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	טלפון	77 - 9236795

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 12/01/2020

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058291852

תז נבדק



0305179160

מספר רשיון



025214

לכבוד: מרפאה לרפואה משלימה

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
7231	POST TRAUMATIC	CERVICALGIA
7242	POST TRAUMATIC	LOW BACK PAIN
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS



תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/01/2020

היה מעורב בתאונת דרכים ב-12/1/2020.
פונה לאספ הרופא- ללאפתיחה של כריות אוויר.
מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב תחתון.

וירך שמאל.
מלין על טיטון
04/11/2020

ממשיך לסבול מכאבי צוואר וגב תחתון, הרדמות יד שמאל ורגל ימין לסירוגין.

ממצאים בבדיקה רגישות והגבלה בתנועתיות עמ"ש צווארי. הכאב מוקרן לעורף ולכתפיים. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה בידיים. החזרים ביצפס, טריצפס ובראכיוורדיאליס הופקו סימטרי. ללא סימנים קלינים של מיאלופטיה. רגישות למישוש ובתנועות עמ"ש מתני, הגבלה בתנועות SLR חיובי 60 דו צדדי. CROSS שלילי. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה ברגליים. היפראסטזיות ברגל שמאל. החזר פיקה הופק סימטרי. החזר אכילס הופק סימטרי. ללא אבדן שליטה על סוגרים.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2006		SMOKER
23/04/2017	lt	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
15/05/2018		CERVICALGIA
12/01/2020		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/01/2020	lt hip+shoulder	CONTUSION
12/01/2020		BACKACHE



דו"ח סיכום טיפולי פיזיותרפיה

שם ושם משפחה: ש"ס לוי
ת.ז.: 20517916-0
תאריך תאונת / תאונת עבודה: 12/1/2020
אבחנה: Cervicalgia
הנ"ל קיבל טיפולים מתאריך: 24/2/20 עד תאריך: 18/9/20
סה"כ: 6 טיפולים.

בברכה
מכון פיזיותרפיה
שד' הציונות 1, לוד
טל: 08-9208507 פקס: 077-5340379
פיזיולוד

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

פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם נדרש לשלם על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



תאריך: 04/11/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-30517916-0	29.08	18/02/1991	ציון
שם זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
לוד	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
אילת	14	מ	54	77 - 9236795
רחוב			טלפון	

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33058291851

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058291851

תז נבדק



0305179160

רשיון רופא



025214

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

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

לכבוד: מכון CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי	10304010
78073	L1039	ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/01/2020: היה מעורב בתאונת דרכים ב- 12/1/2020. פונה לאסף הרופא- ללאפתיחה של כריות אוויר. מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב תחתון. וירך שמאל.

מלין על טיטון
04/11/2020

ממשיך לסבול מכאבי צוואר וגב תחתון, הרדמות יד שמאל ורגל ימין לסירוגין.

ממצאים עיקריים
רגישות והגבלה בתנועות ע"ש צווארי. הכאב מוקרן לעורף ולכתפיים. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה בידיים. החזרים ביצפס, טריצפס ובראכיוורדיאליס הופקו סימטרי. ללא סימנים קלינים של מיאלופטיה. רגישות למישוש ובתנועות ע"ש מתני, הגבלה בתנועות SLR. חיובי 60 דו צדדי. CROSS שלילי. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה ברגליים. היפראסטיות ברגל שמאל. החזר פיקה הופק סימטרי. החזר אכילס הופק סימטרי. ללא אבדן שליטה על סוגרים.

3 ה.ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

הפניה לדימות

04/11/2020

00-30517916-0 הודפס ע"י ד"ר מיכאל רבין

זיטון עמית

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
CERVICALGIA	POST TRAUMATIC	7231
LOW BACK PAIN	POST TRAUMATIC	7242
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מגילוי
SMOKER		01/01/2006
FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED	lt	23/04/2017
CERVICALGIA		15/05/2018
ACCIDENT/INJURY; NOS		12/01/2020
CONTUSION	lt hip+shoulder	12/01/2020
BACKACHE		12/01/2020

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

25214	ד"ר מיכאל רבקין
מספר רשיון	שם הרופא

חתימה וחוקת הרופא

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

הרופא
ד"ר מיכאל רבקין
מספר רשיון 25214
תאריך חתימה 04/11/2020



ס.ה.ר. 3

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מיכאל רבקין 00-30517916-0

זיטון עמית

**כללית רפואה משלימה**

סניף: משלימה רמלה

שד' הרצל 53

רמלה

טלפון: 08-9215350, פקס: 08-9192222

לכבוד:

זיטון עמית (תיק 916)

מס. לקוח: 305179160

אילת 001/11

לוד 71276

טלפון: 054-2317498

תאריך ההצעה: 08/11/20

תאריך הדפסה: 08/11/20

קוד מחירון: 7004

תאור מחירון: מושלם

רופא נותן ההצעה: ד"ר אליהו

שאולוב

הצעת מחיר PQ20661010062

מק"ט	קוד דרוג	תאור מוצר	כמות	מחיר במחירון כללי	הנחה ללקוח כללית	הנחה למושלם/פלטינום	הנחה אחר	סה"כ מחיר
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129

סה"כ:

2,341 5,940 0 -3,560 -39

רושם/ת ההצעה: מריה חיימוב

2,341.00	מחיר כולל
0.00	מע"מ
2,341.00	סה"כ מחיר
5,940	מחיר במחירון כללי
-3,560	סה"כ הנחה למושלם/פלטינום
-39	סה"כ אחר
2,341	סכום לתשלום

- הנני מאשר/ת כי תכנית הטיפול ועלותה הוצגו, הוסברו לי והבנתי אותן במלואן.
- תכנית הטיפול כפופה לשינויים עפ"י שיקול דעתי המקצועי של הצוות הרפואי. במקרה בו יחול שינוי בתכנית הטיפול המקורית, יובאו לידיעתי פרטי השינוי, סיבותיו ומשמעויותיו הכספיות, טרם ביצוע השינוי.
- ההצעה בתוקף ל- 30 יום מיום ההצעה. המחירים עשויים להשתנות, הסדר תשלומים מראש מבטיח את מחיר הטיפול שבהסדר.

עמיתי "כללית מושלם" בלבד

- הנני מצהיר בזה, כי אני עמית בתוכנית "כללית מושלם" (להלן: "התוכנית") וכי ידוע לי שמכסת הטיפולים המקסימלית בהשתתפות התוכנית בטיפול רפואה משלימה במרפאות "כללית רפואה משלימה" עומדת, נכון למועד זה, על 20 טיפולים לשנה קלנדרית.
- עוד ידוע לי, כי במידה ויתברר שאיני זכאי למכסה הנ"ל, בחלקה או במלואה, וביצעתי טיפולים במחיר מופחת, אחזיר את ההפרש בהתאם למחירון הטיפולים של "כללית רפואה משלימה".
- כמו כן, ידוע לי שפגישת הייעוץ והאבחון עם רופא "כללית רפואה משלימה" נחשבת כטיפול ותגורע ממכסת הטיפולים לה אני זכאי מכח התוכנית (אם בכלל). האמור לעיל יחול גם על ייעוץ ואבחון שבוצע באופן מקוון (בוידאו-צ'ט או בכל דרך אחרת) ולא במרפאה.
- התעריפים בהצעה זו תקפים כל קיימת זכאות לקבלת השירותים על פי תקנון "כללית מושלם" במועד ביצוע הטיפולים. בכל מקרה אחר, התעריף הקובע יהיה התעריף הרגיל הנוהג ב"כללית רפואה משלימה" ביום הטיפול.

חתימת הלקוח _____ שם וחתימת רופא _____ שם וחתימת משרד המרפאה _____ תאריך _____

שם אפטרופוס: _____ מספר זהות: _____ חתימת אפטרופוס: _____

לידיעתך

בכללית אסתטיקה תוכל/י ליהנות ממגוון רחב של ניתוחים פלסטיים וטיפולים אסתטיים על-ידי רופאים מומחים בתחומם: ניתוחי אף, ניתוחי חזה, ניתוחי פנים ועפעפיים, הזרקות בוטוקס, מילוי קמטים, הצערת עור הפנים, טיפולי פילינג, הסרת נגעים ועוד. ללקוחות כללית עד 30% הנחה על מגוון הניתוחים/טיפולים וללקוחות כללית פלטינום עד 70% הנחה בניתוחים פלסטיים נבחרים.

ש.ל.ה - שירותי רפואה

מקבוצת כללית



כללית רפואה משלימה

סניף: משלימה רמלה

שד' הרצל 53

רמלה

טלפון: 08-9215350, פקס: 08-9192222

לכבוד:

דיסטן עמית (תיק 916)

מס. לקוח: 305179160

אילת 001/11

לוד 71276

טלפון: 054-2317498

תאריך ההצעה: 08/11/20

תאריך הדפסה: 08/11/20

קוד מחירון: 7004

תאור מחירון: מושלם

רופא גותן ההצעה: ד"ר אליהו

שאולוב

הצעת מחיר PQ20661010062

ש	מק"ט	תאור מוצר	קוד דרוג	מחיר ליח'	כמות	מחיר במחירון כללי	הנחה לחבר כללית	הנחה לפלטינום / מושלם	הנחה אחר	סה"כ מחיר
1	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	70	1	273	0	-164	-39	70
2	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
3	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
4	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
5	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
6	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
7	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
8	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
9	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
10	76138	רפואה סינית- דיקור	ר	109	1	273	0	-164	0	109
11	76147	שיאצו ארוך	ר	129	1	321	0	-192	0	129
12	76147	שיאצו ארוך	ר	129	1	321	0	-192	0	129

חתימת אפוסטרופוס:

חתימת הלקוח:

עמוד: 1/3

מק"ט	קוד דרוג	תאור מוצר	כמות	מחיר במחירון כללי	הנחה ללקוח כללית	הנחה לפלטינום / מושלם	הנחה אחר	סה"כ מחיר
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129
76147	ר	שיאצו ארוך	1	321	0	-192	0	129

ש.ל.ה - שירותי רפואה

מקבוצת כללית

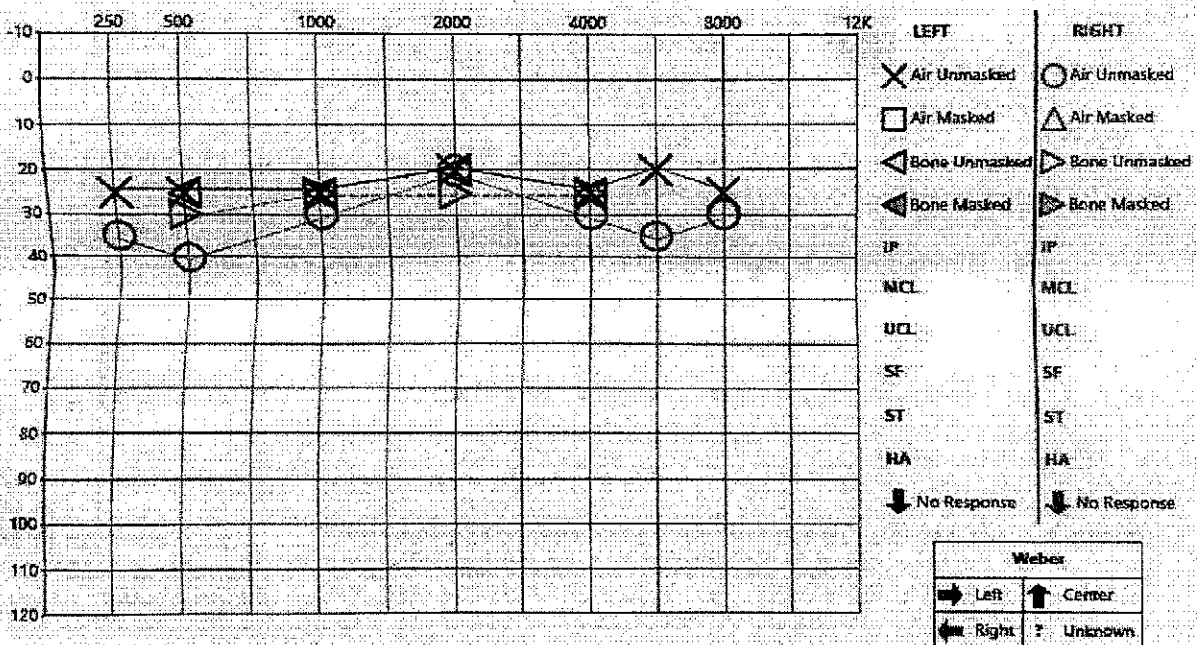
תאריך: 12/01/2021

סיכום בדיקת שמיעה

פרטי המטופל		זיטון עמית	
00-30517916-0	29.11	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין
שבת אפרים	4 / 4	54	2317498
לוד	שטב אפרים	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	77 - 9236795	טלפון נוסף

תאריך בדיקה: 12/01/2021
 רופא מפנה: רופא א.א.ג.
 אודיומטר: GSI 61

טימפנומטר: GSI 39



Speech Audiometry

ימין	Mask	שמאל	Mask
SRT	20	SRT	15
SRT(mask)		SRT(mask)	
(%)DISC	96%	(%)DISC	96%
DB	55	DB	50
SRT BC		SRT BC	
SRT BC (mask)		SRT BC (mask)	
SRT FF		SRT FF	
SDT		SDT	
MCL		MCL	
UCL	105	UCL	100
SRT HA		SRT HA	

טימפנומטריה

Type	RT Value	LT Value
Compliance	A0	A-50
Volume	1.1	1.1
ETF	1.7	1.4

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 1 מ 2
 12/01/2021
 הודפס ע"י נטע מודרר
 00-30517916-0

סיכום בדיקת שמיעה
 זיטון עמית

ממלא אוטוסקופי ניקוי צרמון דו צדדי	רקע
ממלא אוטוסקופי ב.מ.פ.	
מצב בריאותי מבוגרים כאבי גב בגלל ת.ד.	
היסטוריה מבוגרים חשיפה לרעש במקום עבודתו כיום	

סיבת ההפניה
בדיקה חוזרת בשל חוסר התאמה בבדיקה קודמת
טיטון חדלו צדדי

תלונות המטופל/המשפחה
חשד לירידה בשמיעה
טיטון דו צדדי
לסירוגין

חוצאות
שמאל ירידה מזערית בשמיעה
ימין ירידה מזערית עד קלה
ירידה חזרה

הערות בדיקת שמיעה
תגובות לא עקביות
תגובות איטיות

המלצות
יש לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג.
מעקב שמיעה לפי המלצת רופא א.א.ג.
המשך טיפול וברור על פי שקול דעת רופא א.א.ג.

13-01-2021
09:55:56
מס' 1397965
חתימה

1397965

קלינאית תקשורת: בטע מונדרר

מס. רישיון

שם

חתימה



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסוקף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zersifa, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



לכבוד
דיטון עמית
אילח 11
לוד, 7127634
א.ג.ג.

06.01.21
30517916-0
mazalk@shamir.gov.il

הנדון: העתק זימון לטומוגרפיה ממוחשבת קרן

מר/גבי זימון עמית 30517916-0 מוזמן/ת ביום רביעי 06/01/2021 לשעה 15:12 לטומוגרפיה ממוחשבת קרן לסטי כלי חזה בבנין 126-מטבדות וחכונים (שילוט כחול) קרקע.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	חומר ליחידה	כמות
	11039	סע עמוד שדרה צואר, ללא חומר ניגוד	735 ש"ח	1
	11039	סע עמוד שדרה מותני, ללא חומר ניגוד	735 ש"ח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותייכון הסתנה

אנא הקפד להביא	• מעודה מזהה עם חטונה (עבור ילד ת.ז. של החורה כולל ספה) • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • ציילים מתבקשים להביא אסמכתא תעריכית בעלת תאריך תקף. • התחייבות מהקופה המבטחת לנפגעי תאונות דרכים.
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ומעודה מזהה לא נוכל לקבל

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	חסי טלפון מרפאת: 08-9779610 פקי קסט מרפאת: 08-9779831 דוא"ל מרפאת: shamir.scv.116089779831	מסי עלפנוי מסופל: 054-2317498
-----------------	---	--------------------------------------

הערות	<לתשומת לבך בתחומי בית החולים יש לעשות חסיכה. לכל מטופל יתלווה מלווה אחד בלבד. הקבלה מותנית בהצגת מעודה מזהה בלבד (מעודת זהות / רישיון נהיגה/דרכון) כל מטופל מתחת לגיל 18 יתקבל בלייווי אפוסטרופוס בלבד עם הצגת ספה ת.ז. של החורה. התעריפים המצוינים לעייל הינם תעריפי משרד הבריאות ובכונים לסוגד חפפת הזימון ו/או תעריפים עליהם חחליטת הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות. במידה ויתבצעו בדיקות ו/או טיפולים שאינם מצוינים על ידי טופס ההתחייבות שהצגת, יתחייב בתשלום/ בהוצאת המחייבות נוספת מהמבטח עבור שירותים אלה. נא תשומת הלב לשילוט מכון לחניות
-------	---

חודעות חוב	מס. מקרה	מס. חשבון	תאריך	שער	יחידה ארגונית	מס. לתשלום
	B-2033126	90068823	16/01/2003	מקרה חיון	רמי-ילד	265

בברכה,

טומוגרפיה ממוחשבת קרן

מחול 1

טחור 1

תאריך: 06.01.21

MAZALK

הודעת ע"י

נספח 4 :

תעודות מחלה

(עמודים 40 עד 43)

נספח 4 :

תעודות מחלה

(עמודים 40 עד 43)



תאריך: 16/01/2020

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
זיטון עמית	00-30517916-0	28.11	ז	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
לוד	אילת	11 / 1	54	2317498	77 - 9236795
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 13/01/2020 עד יום 22/01/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים

16/01/2020

16/01/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אלכסנדרה פלדמן
חתימה וחתימת הרופא של השרות המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

13/01/2020 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

00-30517916-0	28.11	ז	18/02/1991	ציון	שם המטופל
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
11 / 1	54	2317498	77 - 9236795	טלפון נוסף	אילת
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	רחוב
לוד	ישוב	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון

12/01/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
79989			DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 13/01/2020 עד תאריך 20/01/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 8

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

****נחתם דיגיטלית****

15067

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

13/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

זיטון עמית

תאריך: 16/04/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
זיטון עמית	00-30517916-0	29.02	ז	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אילת	רחוב	11 / 1	מס בית	54 - 2317498	77 - 9236795
לוד	ישוב				

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	lt hip+shoulder	CONTUSION
7245		BACKACHE
7231		CERVICALGIA

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/01/2020 עד יום 09/02/2020 (בכלל) סה"כ 18 ימים

16/04/2020

16/04/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר איליה שקרוב

חתימה וחתימת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 16/04/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
זיטון עמית	00-30517916-0	29.02	ז	18/02/1991	ציון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
לוד	אילת	11 / 1	מס בית	54 - 2317498	77 - 9236795
ישוב	רחוב			טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	lt hip+shoulder	CONTUSION
7245		BACKACHE
7231		CERVICALGIA

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 09/04/2020 עד יום 24/04/2020 (בכלל) סה"כ 16 ימים

16/04/2020

16/04/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חתימה וחומת המרפאה

חתימה וחומת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 45 עד 45)

נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 45 עד 45)



טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
ברחובות

עמית זיטון - נ ג ד - שירביט חברה לביטוח בע"מ

התובע, עמית זיטון, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, בתחום הנירולוגי ובתחום האף, אוזן וגרון לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במרכז הרפואי שמיר 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 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר בריאות

(עמודים 47 עד 50)

נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר בריאות

(עמודים 47 עד 50)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר יוסף אריאל פרייברג, מרחוב 11/11 12.1.20,
ת.ז. מס' 505149150,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
בענין תאונה מיום 12.1.20 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 בהעדר.
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.

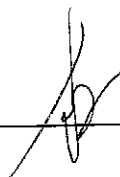
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 8 לחודש 3 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עו"ד אריאל מרזוק
מס' רשמי 52454

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	
160	רמי	305 179160	שם האב	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
11/1	918	מיקוד	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 8.3.21 עד לחתימה ומס' _____ חתימה: _____
מס' השייך: 62254

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

תצהיר

טופס 2
(תקנה 2)

אני הח"מ ז"ת 16/1 בעל ת.ז. 305179160 חתובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה 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 16/1 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 13.2.1
הופיעה בפני ז"ת 16/1 (המוכרת לי באופן אישי) שהודה/התה בתעודת זהות מס'
305179160 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עלי/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין