

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 054-6544930, Fax 077-3180983

טל' 054-6544930 פקס 077-3180983

18.4.21

מ.ל.ב

לכבוד

מגן דוד אדום בישראל

באמצעות פקס : 03-6312215

א.ג.נ.,

הנדון : דני שדה, ת.ז. 029068608
תאונה מיום 11.1.20

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות תאונה בה נפגע ביום 11.1.20.
 2. בתאריך 11.1.20 פונה מרשי באמבולנס לבית החולים סורוקה, בבאר שבע.
 3. אודה עבור המצאת תמליל הקריאה ודו"ח הפינוי לרשותי.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים על ידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, גני 029067607, מרחוב זר ימא 23 ראח/רצ, ת.ז. מס' 029067607,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד 11.1.20 בענין תאונת דרכים מיום 11.1.20
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 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.

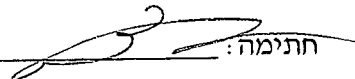
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 23 לחודש 3 שנה 20

X  חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבורג

מס' תעודת זהות 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
ר' זלמן	ר' י' 23	029069608	שם האב
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
ר' זלמן	מס' 23	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 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 23.3.20 עד לחתימה ופיקוח עידית אוראל מרייב
X _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מס' רשיון: 62254



הופק ע"י דיוזב סבטלנה 11/01/2020 22:28

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: שדה שם פרטי: דני כתובת: בר יוחאי 23 ראשון לציון	תאריך לידה: 02/02/1972 תעודת זהות: 2906860 מין: זכר	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית: רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/01/2020 18:04 מספר ביקור: 2020007316 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
סלפון: 0545952741 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	גיל: 47 שם האב: אברהם	

הבדיקה בוצעה בשאלה של נזק חבלתי

ממצאים:

לא הודגם דמם אינטרה או אקסטרה אקסילי.
הדגמה תקינה של מערכת החדרים.
קו האמצע הודגם שמור, ללא עדות לאפקט מסה.
אין עדות לממצא פוקלי.
חריצי המוח והפיסורות תקינים.
תפיחות רריות פוליפואידיות בסינוסים מקסילריים דו"צ.
מבנה גרמי - סיבוב של C2 סביב ציר של C1 - תנחת?
לא הודגמה תפיחות רקמות רכות.

סיכום:

[לא הודגם ממצא חבלתי תוך מוח].
סיבוב של C2 סביב ציר של C1 - תנחת?
סיכום CT ראש - לא הודגם ממצא חבלתי תוך מוח. סיבוב של C2 סביב ציר של C1 - תנחת?
הוצג לאורטופד לצורך ייעוץ

שטיינברג נעם

11/01/2020
21:17

דיוזב סבטלנה מ.ר. 1121109

11/01/2020
21:41

דיוזב סבטלנה מ.ר. 1121109
שינוי בתשובת CT-
סיכום:

11/01/2020
22:27

לא הודגם ממצא חבלתי תוך מוח.

חולה בבדק על די אורטופד, בוצעה הורדת צווארון
במהלך השגחה במין חולה יציב המודינמית ונשימתית
ללא איבוד הכרה
ללא הקאות
כעת ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה שדורשת המשך טיפול
במסגרת מיון
משתחרר לביתו עם המלצות הבאות-

דיוזב סבטלנה מ.ר. 1121109

11/01/2020
22:28

סיכום

משככי כאבים
מנוחה בבית 7 ימים



הופק ע"י דוידוב סבטלנה 11/01/2020 22:28

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/01/2020 18:04 מספר ביקור: 2020007316 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 02/02/1972 תעודת זהות: 2906860 מין: זכר גיל: 47 שם האב: אברהם	שם משפחה: שדה שם פרטי: דני כתובת: בר יוחאי 23 ראשון לציון טלפון: 0545952741 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת
--	--	--

מעקב רופא מטפל
במידת החמרה במצב יש לפנות לבדיקת רופא

רופא אחראי
רופא: דוידוב סבטלנה מ.ר. 1121109
רופא: שטיינברג מעם

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
סיבת החפיפה: איבוד הכרה לאחר חבלת ראש בוצע: ט.מ. CT ראש בתאריך 11/01/2020 20:28 מ.ג. 1245002898493 מבצע: אריה יעבץ; ט.מ. CT ראש: להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של הראש ללא הזרקות חג הבדיקה בוצעה בשאלה של נזק חבלתי ממצאים: לא הודגם דם או אינטרה או אקסטרה אקסיאלי. הדגמה תקינה של מערכת החדרים. קו האמצע הודגם שמור, ללא עדות לאפקט מסה. אין עדות לממצא פוקלי. חריצי המוח והפיסורות תקינים. תפיחות רירית פוליפואידית בסינוסים מקסילריים דו"צ. לא הודגמה תפיחות רקמות רכות. סיכום: לא הודגם ממצא חבלתי תוך מוחי. יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.	11/01/2020	ט.מ. CT ראש

סורוקה מרכז רפואי ותיכונות
אונקולוגיה
1121109
מנהל:
ד"ר שניידר יבגני

מכתב נחתם ע"י דוידוב סבטלנה מ.ר. 1121109

לפני שחרור אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי
לספל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי
סורוקה דורש הפניה או התחייבות.