

תאריך חתימת המסמך: 12.5.22

התובע: **אשר עזרן, ת"ז 24921686**
מרחוב שפירא 37, בת ים

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 –

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

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלתי

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 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 3.5.1970, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 127-97-402 (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. 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, עובד כדור בדואר ישראל ומשמש מנכ"ל קבוצת הכדורגל כפר שלם, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובע בעיסוקיו, נזקק להפוגות ממושכות ונגרמו לו הפסדי שכר.
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 לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 12.8.21, בשעה 10:20 או בסמוך לכך, ברחוב שפירא בבת ים, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 76-326-13 ומרשי נפל ונחבל (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים וולפסון, בחולון, שם אובחנו חבלות בכתף שמאל, בצלעות, בגב, ובגפיים. כן אובחנו חבלות ושפשופים בזרוע שמאל, בברכיים והמטומה גדולה בירך משמאל עם כאבים והגבלה בתנועות זרוע ורגל שמאל וקושי בהליכה. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר מרשי לביתו בהמלצה למנוחה בת 7 ימים, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
9. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה שם אובחנה המטומה גדולה עם הגבלה בתנועות הירך, שפשופים וחבלות בברך ושוק שמאל וכמו גם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה וחופשת מחלה למשך 20 ימים.
10. נוכח כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני הירך והגפיים התחתונות אשר לוו בהמטומה גדולה המעטרת את ירך שמאל ונוזל בכמות

גדולה הופנה להמשך מעקב וקבלת טיפולים רפואיים, לרבות טיפולי פיזיותרפיה וביצוע בדיקות הדמיה כמו המשך חופשת מחלה למשך 21 ימים נוספים.

רצ"ב תמונות ההמטומה, מסומנים "כנספח 2"

11. במקביל, החל התובע לסבול מנדודי שינה וקשיי הירדמות מחמת התאונה ותוצאותיה וניתן לו טיפול תרופתי להרגעה והפניה לקבלת טיפול פסיכיאטרי.

12. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועת כתף שמאל, עמוד השדרה המותני, ירך שמאל ורגל שמאל המשיך במעקב הרפואי, הופנה לביצוע בדיקת הדמיה המכוונת לירך שמאל אשר הדגימה פגיעה בפרק הירך משמאל עם עיבוי של הגידים ושינויים בגבולות העצם והוחלט להפנותו להמשך בירור אורתופדי.

13. בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלטי דיסק בגבהים S1-L3 בדגש על S1-L5 והוחלט להפנות את התובע להמשך טיפול רפואי במסגרת מרפאת כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, מכאבים והגבלה בתנועות ירך שמאל והברכיים, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי כיפוף, מקושי בעמידה מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מחרדה, קשיי הירדמות ונדודי שינה, מכאבים עזים וצורך בנטילת משככי כאבים נרוקטיים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע דוור בדואר ישראל. עבודה פיזית מעצם טיבה וטבעה, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, המשכת העסקתו מוטלת בספק 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, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| ₪ 55,500 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 13,250 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 4,000 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 8,500 | (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 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)

עמוד	שם המסמך
7	נספח 1: חבות - נספח 1 (עמודים 7 עד 10)
12	נספח 2: תמונת המטומה - נספח 2 (עמודים 12 עד 15)
17	נספח 3: תעודות רפואיות - נספח 3 (עמודים 17 עד 44)
46	נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים - הפול (עמודים 46 עד 46)
48	נספח 5: נחתמו (עמודים 48 עד 51)

נספח 1 :

חבות- נספח 1

(עמודים 7 עד 10)

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
תאריך: 22/08/2021 י"ד אלול תשפ"א 10:42
מס' תיק מסוף: 9 - 2021 - 12236 - 2008
טלפון: 03-6802222
כתובת: אמץ 2, תל אביב
נושא המסמך:
מספר תיק: 581691 / 2021
פלא: ת.ד. כללי
סיווג תיק: א
מס' מסמך בתיק: 03-6803607
פקס: bohanim.telaviv@police.gov.il
מייל:

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 12/08/2021 בשעה 10:20
2. מקום התאונה: בת ים השר שפירא 32 בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב: 12797402
סוג רכב: אופנוע
חברת ביטוח: הפול הישראלי
שיוך המעורב: (1) נהג
כתובת: בת ים, השר שפירא 37
שם: מעורבים ברכב:
שם: אשר עזרן
קופ"ח / בית חולים: קופ"ח / בית חולים וולפסון - חולון
ת.ז: 24921686
שנת לידה: 03/05/1970
חומרת הפגיעה: חומרת הפגיעה
תוצר רכב: סאן יאנג סין
מספר פוליסה: 20474190001222000
סוג לוחית: ישראלית

מספר רכב: 7632613
סוג רכב: פרטי נוסעים
חברת ביטוח: לא הוצג
שיוך המעורב: (1) נהג
כתובת: בת ים, דוגית 5
שם: מעורבים ברכב:
שם: רחל בן סימון
קופ"ח / בית חולים: קופ"ח / בית חולים
ת.ז: 53522587
שנת לידה: 01/01/1956
חומרת הפגיעה: חומרת הפגיעה
תוצר רכב: אופל-ספרד
מספר פוליסה: 20474190001222000
סוג לוחית: ישראלית

מתאריך: 22/08/2021

מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק

מ"א: 1141969
שם משפחה: גוני
שם פרטי: אביבה

פרטי השוטר המוסר

מ"א: 1141969
דרגה: רסמ
שם משפחה: גוני
שם פרטי: אביבה

הג' ישראל לבטוח רכב (ה'פול')
רח' אצ"ל 1, ראשליצ' סל' 03-9424966

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מוטורי (נסמך/25) התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח)

שם לב -

מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה סרם
כריתה חוזה הביטוח עלולה להקטין את
הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או
להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל
הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

"רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת
התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:
<https://www.pool-act.org.il/?CategoryId=221>

ביטוח בהתאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצויים לעיל, כשם
ל, שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, ת.ד. 17160 ראשליצ' 75070, טלפון: 03-9424966
אסמי ולשם כך למנות נערכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח
התעודה

השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים -
באמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.
9-03, חוק מורשה לקבלת כתבי בי-דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך
(לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

חולתמה הבנק		סוכנות		12797402		204-741900012220-00		722773	
08		סוכנות		מס' זהות / ח"פ		מס' סוכן משני		חברת דואר ישראל בע"מ	
513467191								ובת בעל הפוליסה	
								ההגנה 124 תל אביב - יפו	
בלי תשלום וחולתמה הבנק		תעודה זו - אין לה תוקף.		סוג הרכב לאורך ביטוחו		A301KXA32871		שילדה	
מס' קהספק		משקל		יצרן/חם		אופנוע		רכב בהתאם לרשיון הרכב	
125		180		אנג		אופנוע - בעלות אחרת			
אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ואם לשינויים בכתב יד									

ראומי ישראל בע"מ
מרכי שירות ת"א צפון
11 19-08-2021
11
872
שנת ייצור
מועד עלייה לכביש כולל נהג
מס' מוסעים
לחוק 2019

1/09/2020 מועד פקיעת הביטוח: 31/08/2021
רק בעל הפוליסה, בעל הרכב המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר, מאח מי
הם, רשאים לנהוג ברכב.

החלטה הטיעון המועד שבו חולתמה תעודה זו בחולתמה הבנק, אך לא לשני
החלטות הטיעון הרכב
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קיום מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח
לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6 (א) (1) שבגב התעודה.
החלטות של המבטח שאין מכלילה
כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שחטפריהם נקובים בסעיפים:
6 (א) (2), 6 (א) (3), 6 (א) (4), 6 (ב), 6 (ג).



TCS: לא, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS: כן

אם מאשרים בשם המבטחים כי הפוליסה
שנעודה זו שייכת לה, מוצאת לפי
חוראות הפקודה
המאגר הישראלי לבטוח רכב (ה'פול')

תעודה ביטוח חובה - שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה כי:
8,045.00
12/08/20 08:34 מספר ימי ביטוח: 365

האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג / נהג, שנה קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל
מספר התאונות שהביאו לתביעות בב - 8 - זכ מובה בשלוש השנים הקודמות לרכישת הפוליסה

רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



עזרן
1. AZRAN

אשר
2. ASHER

3. 03.05.1970

4. 03.05.2027

5. ID 024921686

6. השר שפירא 37 בת ים

4a. 25.04.2017

4b. 2101740

1686

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

A1 B D1

Categories of vehicles 2011-12-2000000

IL

024921686

A2  1993
A1  2009
A 
  1987
C1 
C 

D

D 
D1  1998
D2 
D3 



Restrictive Conditions of Use

024921686

260417/4703

נספח 2 :

תמונת המטומה - נספח 2

(עמודים 12 עד 15)









נספח 3 :

תעודות רפואיות - נספח 3

(עמודים 17 עד 44)

מקרה: 11346157 / מיון אורטופד / ר"ד מהלכים / מ.ז. : 2492168-6 שם: עזרן אשר
מיון: ז
כתובת: השר שפירא 37 בת ים
סוג : אזור
טל: 050-8430093
קופ"ח: מכבי
סיבה : ת. דרכים עבודה
ת. קבלה: 12.08.21 12:05
מפעיל: RUTIZ

המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון
Department of Emergency Medicine המחלקה לרפואה דחופה
רגישויות לתרופות
עם יבוא

בוקר חוזר
BIO HAZZARD
כימיה / אולטרה

זיהוי ידון 12/12
שעה
סיבת הפניה מחלות רקע ותורשיות
חתימה וחותמת
סיכון לנפילה
שימוש בעזרים
ניידות
מצב רגשי
מצב עור
נשימה
מצב הכרה
הובא ע"י
מ"ד א"נ
לבד/משפחה
מוסד
מלווה
שם המלווה
קירבה
טלפון

אומדן כאב ע"פ: PS BPS VAS									
סימנים חיוניים									
שעה	לחץ דם	דופק	חום	DEX	אופי כאב	ניקום	עוצמה	שם וחותמת אחות	
12/12 13:00	89	36.6	PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			
			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			
			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			
			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			
			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			
			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף	לוחץ / ממוקד / מקרין			

בדיקת דם/ הכנסת ונפולון
ST ☐ T.O ☐
כימיה ☐ ת.כבד ☐
ת.קרישה ☐ D-DIMER ☐
טרופונין ☐ CPK ☐
גזים ☐ CRP ☐
ליפאז ☐ עמילאז ☐
ר.תרופות ☐ ר.אלכוהול ☐
ת.דם ☐ לקטט ☐
שתן כללי ☐ שתן HCG-β ☐
תרביית שתן ☐ חיובי / שלילי ☐

שעה
רופא מנהל מקרה
שעה
הופא בוקר

825108

שעה	קטטר שתן(שארית)	תוכן זונדה	נקז	חתימת וחותמת האחות

18

85-100

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / ניירולוגית

אנא

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☒ שלום

תשובת הדמיה

US ☐CT ☐אחר ☐

ליווי רפוא

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

אשפוז למחלקה:

שיחרור: חופש מחלה

ימים. ביקורת תפריים בעוד

אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואימים. הוצאת תפריים בעוד ☐ בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך:

שעה

12/8/21

תאריך:

שעת אשפוז / שיחרור

14:10

חתימת הרווא

שחרור סעודי:

☐ הוצאת וונפולן☐ בקרת סימנים חיוניים☐ אומדן כאב בשחרור

הדרכה לשחרור:

☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך☐ מנוחה☐ אחר:☐ ניתן דף הדרכה למטופל☐ החלפת חבישה בקופ"ח☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי☐ תזונה ושתייה מתאימה☐ המשך מעקב רפואי☐ ביצוע הדמיה בקופ"ח☐ תזונה ושתייה מתאימה

שעה:

233358 - מ.ר.

חתימה וחותמת האחיות המשחררות



סודי רפואי

מעודכן ל: 12/08/21, 13:35

מנהל מח': דר. שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11346157

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

עזרן אשר

ת.ז.: 2492168-6 מין: זכר ת.לידה: 03/05/1970 גיל: 51 ש
שם האב: סלומון טל: 050-8430093 טל: 3-5081186 שם האם: מרים
מצב משפחתי: נ + 2 קופ"ח: מכבי סוג מבקר: אזרח
כתובת: השר שפירא 37, בת ים, 5956125

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה גורם מפנה: פניה עצמית מבטח: עזרן אשר, 2492168-6
תאריך קליטה במיון: 12/08/21 שעה: 12:05
תאריך קליטה בבי"ח: 12/08/21 שעה: 12:05
זמן בדיקת רופא: 12/08/21, 12:10

אבחנות נוכחיות

923.00- CONTUSION OF SHOULDER REGION (LT)
924.11- CONTUSION OF KNEE (BL)
922.1 - CONTUSION OF CHEST WALL

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

תאונת עבודה דקות טרם פנייתו למיון
לדבריו, החליק מאופנוע לאחר שנפגע מרכב פרטי חזיתית
חבלת צלעות משמאל, כתף שמאל, ברכיים דו"צ וירך שמאלית
היה רכוב עם קסדה
שולל חבלת ראש ואובדן הכרה.
היסטוריה רפואית ותולדות משפחה
בן 51 ללא נטילת טיפול תרופתי קבוע

בדיקה גופנית

מצב כללי: בהכרה מלאה, GCS-15, יציב המודינמית ונשימתית.

מדדים:

137/92

89

36.6

עור וריריות: סימני שפשוף בברכיים דו"צ
וזרוע שמאל

ראש וגולגולת: ראש- ללא סימני חבלה, ללא דפורמציה, ללא חתכים או דימום.

צוואר- תנועות צוואר חופשיות, ללא רגישות של עמ"ש צווארי או גבי.

עיניים: נירולוגית- תנועות עיניים תקינות, אישונים שווים ומגיבים לאור, ללא חסכים נירולוגים גסים.

בית חזה ונשימה: חזה- ללא סימני חבלה, רגישות קלה במישוש בצלעות משמאל, כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ

בטן: בטן- ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות או תנגודת.

שלד, פרקים, גפיים: גפיים- המטומה בירך שמאלי באספקט קדמי עליון, שפשופים בברכיים דו"צ- הגבלת וכאב בתנועה
בברך שמאל

שפשוף בזרוע שמאל כאב בטווח תנועת הכתף משמאל.

ייעוצים

סיכום ייעוצים

-- אורטופדיה ---- נד.מוזס ---- 12.08.2021 ---- 13:35 ----

בן 51,

יום קבלתו למיון היה מעורב בת.ד כנהג אופנוע מול רכב, נפגע ביד שמאל, ירך שמאל וברך שמאל.

בבדיקתו:

נושא משקל שני רגליים, צליעה אנטלגית משמאל

מניע צוואר היטב וללא כאב, טווחים מלאים.

ללא רגישות במישוש מעל עמ"ש לכל אורכו.

בדיקה נירולוגית תקינה - מוטורית וסנסורית.

ללא רגישות מעל עצמות הבריה וגפיים עליונות ותחתונות.

זרוע שמאל שיפשוף לאטרלי וגם באמה לאטרלית פרוקסימלית, ללא רגישות בכתף ובמרפק, מניע כתף ומרפק בכך

ROM, ללא חסר NV דיסטאלי

פרק ירך שמאל נפיחות באפסקט קדמי, רגישות על GT, פרק ירך חופשי,

ברך שמאל שיפשוף בקדמת הברך, ללא רגישות על פיקה וסדקים מדיאלי ולאטרלי, ישור מלא כיפוף 100, יציבות וארוס
ואלגוס תקינה, סימן קדמי מגירה שלילי

צילוםאגן ומפרק ירך שמאל ללא ממצא גרמי חריף.

משתחרר עם ההמלצות:

- נוגדי כאבים לפי הצורך.
- 7 ימי מנוחה
- המשך מעקב רופא אורטופד בקהילה בעוד שבוע במידה והכאבים לא פוחתים.
- יש להימנע בימים הקרובים ממאמצים חריגים
- בכל החמרה תסמינית, לרבות חולשה, נימול, אובדן תחושה או כאב חריג - יש לפנות לבדיקת רופא.

דיון וסיכום הקבלה

תאונת עבודה דקות טרם פנייתו למיון
לדבריו, החליק מאופנוע לאחר שנפגע מרכב פרטי חזיתית
חבלת צלעות משמאל, כתף שמאלי, ברכיים דו"צ וירך שמאלית
היה רכוב עם קסדה
שולל חבלת ראש ואובדן הכרה.
במיון חוסן לטטנוס
נבדק ע"י אורטופד ראה יעוץ מצורף.
צילום חזה וצלעות משמאל ללא עדות לשברים או ממצא ריאתי חריג.

מצב המטופל בשחרור ממיון

משוחרר/ת במצב כללי טוב ויציב.

תכנית טיפול והמלצות להמשך

מעקב רופא מטפל.
נגד כאבים לפי צורך.
מעקב אורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 5 ימים

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
12/08/2021	14:10	שחרור		אד. דוידוב

שוחרר בליווי

חתימה

רופא: באבייב, רגינה
חתימה:

מספר רשיון: 1090025

12/08/21 14:10

מספר רשיון: 35890

12/08/21 14:10

רופא מאשר: דר. דוידוב, אדוארד
חתימה:



127107

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: עזרן

שם פרטי: אשר

ת.ז.: 24921686



0024921686

ת.לידה:

03/05/1970

מיון: ז

טלפון:

0508430093

טל.עבודה/נייד: 0508430093

כתובת:

השר שפירא 37/9, בת ים

מיקוד 5956125

מכתב שחרור

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל
משככי כאבים

תרופות שניתנו:

ZALDIAR 325/37.5MG - {1 X 3 (למשך 10 ימים)}

ד"ר מנסור מחמוד

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה



127107

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

תוצאות מעבדה מהיום:

Test Date & Time	13/08/2021 14:37
המטולוגיה - ספירת דם	
WBC-Leucocytes	11
RBC-Red Blood Cells	5.01
Hemoglobin	13.6
Hematocrit	41.2
MCV (Mean Cell Volume)	82.2
MCH-Mean Cell Hemoglobin	27.1
MCHC-M.Cell Hb	33
RDW-Red Cell Distri.Width	14.2
Platelets	198
MPV-Mean Platelet Volume	10.6 *
	החל מ- 4.11.08 שים לב לעדכון ערכי הייחוס.
Neutrophils %	71.4
Lymphocytes %	19.3 L
Monocytes %	8
Eosinophils %	0.8
Basophils %	0.5
Neutrophils #	7.87 H
Lymphocytes #	2.13
Monocytes #	0.88
Eosinophils #	0.09
Basophils #	0.06 *
	תוצאת מכשיר, ללא אימות מיקרוסקופי.

הערכה:

ס"ד תקינה, ישתחרר עם המשך טיפול במשככי כאבים

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT



028350

קוד הפניה: 231870310

טלפון: 03-5535457

פקס: 03-5536105

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

ד"ר הלפרין קונסטנטין

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: עזרן	שם פרטי: אשר	ת.ז.: 24921686
ת.לדה: 03/05/1970	מין: ז	טלפון: 0508430093	טל.עבודה/נייד: 0508430093
כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מיקוד: 5956125		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54
ת.ד. 12.08.2021, נפילה עם אופנוע, נבדק במיון, לילומים פוענחו כתקנים

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54
המטומה די גדולה ביקר שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.
רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: טיפול לאחר ת.ד.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2021 עד תאריך - 11/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

15/08/2021

תאריך

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

ד"ר קונסטנטין הלפרין
מומחה לכירורגיה אורתופדית
כירורגיה קרסול וכף רגל
מ.ר 28350
חתימה וחותמת

ד"ר קונסטנטין הלפרין
מומחה לכירורגיה אורתופדית
כירורגיה קרסול וכף רגל
מ.ר 21955

ד"ר הלפרין קונסטנטין

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 28350

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

טלפון: 03-5535457

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה עזרן	שם פרטי אשר	שם האב סלומון	מס' זיהוי 24921686	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב בת ים	רחוב השר שפירא	מס' 37	מיקוד 5956125	שנת לידה 1970
חבר (כל) כ				
שם המעביד וכתובתו דואר ישראל	טלפון 0508430093	מקצוע		
ת. פגיעה 12/08/2021	שעה 10:30	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע גב, ירך וברך שמאל	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54
 ת.ד. 12.08.2021, נפילה עם אופנוע, נבדק במיון, לילומים פוענחו כתקנים

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54
 המטומה די גדולה ביקר שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.
 רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 20 ימים, היינו מיום: 12/08/2021 עד יום: 31/08/2021 (בכלל)

15/08/2021

תאריך הבדיקה

חתימה וחזותמת הרופא

ד"ר קונסטנטין הלפרין
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 כירורגית קרסול וכף בגל
 מס' רשיון 28350
 21955

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 233377317

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: עזרן	שם פרטי: אשר	ת.ז.: 24921686
ת.לידה: 03/05/1970	מין: ז	טלפון: 0508430093	טל.עבודה/נייד: 0508430093
כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מיקוד: 5956125		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בבירכיים
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

ממצאים: המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
נוזל בכמות גדולה

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

בעיות ידועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: הנל זקוק מסג עמוק לפיזור שטף הדם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2021 עד תאריך - 21/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

25/08/2021

חתימה וחוקמת

תאריך

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 מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 233376891

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עזרן		שם פרטי: אשר		ת.ז.: 24921686	
ת.לידה: 03/05/1970		מין: ז		טלפון: 0508430093		טל.עבודה/נייד: 0508430093	
כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים		מיקוד: 5956125		0024921686			

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

מרפאה: מכון EMG

תלונות: הגל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בבירכיים
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

ממצאים: המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
נוזל בכמות גדולה

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: לבדיקתכם רגל שמאל האם הרדימות מעש מתני או חלבלה בעצב השיאטי

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

25/08/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2021 עד תאריך - 21/02/2022

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

תאריך פתיחת הבקשה: 25/08/2021 פותח הבקשה: דר' בין אברהם

נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

ת.ז. רופא: 52224870 שם הרופא: דר' בין אברהם מס' רשיון: 018667
מקצוע: אורתופדיה טלפון: 03-6944693

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות:

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשופים בברכיים
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

ממצאים:

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
נוזל בכמות גדולה

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

שאלה	תשובה
קלסטורופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא
creatinine: 0.83	תאריך: 03/05/2021
eGFR: 102	תאריך: 03/05/2021

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

האם נזק גרמי וגודל וממדים של הנפיחות באזור הטרוקנטר הגדול ופרק ירך שמאל

פרטי רופא

פרטי מטופל

מס ביקור

ת"ז



שם רופא: ד"ר מנסור מחמוד
מומחיות: מומחה ברפואה פנימית
טלפון: 03-5025252

שם מטופל: עזרן אשר
ת"ז: 24921686
גיל 51 שנים ו-3 חודשים
טלפון: 0508430093, 0508430093

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign מנכ"י

פקס: 03-5025242

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 13/08/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 30 - כמות לטיפול: ועל פי הנחלים 15% השתתפות עצמית: **	13/08/2021-27/08/2021		1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	10 ימים	1 טבליה 1 פעמים 3 טבליות	tab, paracetamol 325 mg tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גורית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



034185

קוד הפניה: 234202644

טלפון: 03-5525559

פקס: 03-5538239

כתובת: בלפור 151, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

תלידה:



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

התייעצות מומחהתחום שירות:

פסיכיאטריה

- במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ב-12.08 עבר תאודת דרכים עם אופנוע

נמצא בטיפול אורטופדי

חבלה באזור ירך שמאלי

מועמד למרי EMG

נדודי שינה לאחר תאונה

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT Status Post
- HIP PAIN Left
- INSOMNIA UNS

מעשנת : לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: המשך טיפול

31/08/2021

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 31/08/2021 עד תאריך - 27/02/2022

ד"ר הלפרין קונסטנטין

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 28350

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

טלפון: 03-5535457

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה עזרן	שם פרטי אשר	שם האב סלומון	מס' זיהוי 24921686	שכיר
ישוב בת ים	רחוב השר שפירא	מס' 37	מיקוד 5956125	שנת לידה 1970
שם המעביד וכתובתו דואר ישראל		טלפון 0508430093		
טלפון 0508430093		שם המעביד וכתובתו דואר ישראל		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54
המטומה די גדולה ביקר שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.
רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

בביקור בתאריך 22/08/2021 בשעה 08:44:31

בביקור בתאריך 29/08/2021 בשעה 08:48:12

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

01/09/2021

21 ימים, היינו מיום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

21/09/2021 (בכלל).

עד יום: 29/08/2021

תאריך הבדיקה

חתימה וחתימת הרופא

ד"ר קונסטנטין הלפרין
מומחה לכירורגיה אורתופדית
כירורגית קרסול וכף רגל
מ.ר. 28350 מ.ר. 21955

חבר 24921686 0 עזרן אשר
השר שפירא 37 בת ים מיקוד: 9561

חודעות על זכאות לתור:

ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך
ללא ערך	ללא ערך

רשימת תורים

שעה	מקצוע / סוג מכון	רופא / מכון	שעה	תאריך	יום
בפועל	סטט. זימון	אלשמאלי עימאד	12:30	5/09/21	א
	פיזיותרפיה	מכבי בת ים טלפונים			
	03-5004444				
	*3555				
	פיזיותרפיה	אלשמאלי עימאד	11:30	12/09/21	א
	03-5004444	מכבי בת ים טלפונים			
	*3555				
	פיזיותרפיה	וולדמן ענת	9:00	14/09/21	ג
	03-5004444	מכבי בת ים טלפונים			
	*3555				
	פיזיותרפיה	אלשמאלי עימאד	11:30	19/09/21	א
	03-5004444	מכבי בת ים טלפונים			
	*3555				
	פיזיותרפיה	סעיד עבד אלכר	11:30	29/09/21	ד
	03-5004444	מכבי בת ים טלפונים			
	*3555				
	פיזיותרפיה	סעיד עבד אלכר	11:30	6/10/21	ד
	03-5004444	מכבי בת ים טלפונים			
	*3555				

*** סוף הדו"ח ***

פרטי רופא

פרטי מטופל



מס ביקור

000178035465

שם רופא:

ד"ר אלנה ליבוביץ

מומחיות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון:

03-5525559

פקס:

03-5538239

ה"ז

0024921686

שם מטופל: עזרן אשר

ה"ז:

24921686

מיון ז

גיל 51 שנים ו- 4 חודשים

טלפון:

0508430093 ,0508430093

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 31/08/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 10 10% **השתתפות עצמית: 10%	31/08/2021-14/09/2021 כמות לניפוק: 10	1 טבליה				10 ימים	1 טבליה פעם ביום 10 ימים * על קיבה ריקה BONDORMIN, BROtizolAM-TEVA	

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור, לידעיתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם ניר אין מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

ד"ר בייאן אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0052224870



018667

קוד הפניה: 243748334

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: עזרן	שם פרטי: אשר	ת.ז.: 24921686
ת.לידה: 03/05/1970	מין: ז	טלפון: 0508430093
כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מיקוד: 5956125	טל.עבודה/נייד: 0508430093



0024921686

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6892	רקמות רכות לא אורטופדי

שאלה למבצע הבדיקה: לאזור הבורסא מצד שמאל ואזור

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בבירכיים
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

• ARTHRALGIA

אבחנה:

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

מעשנת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

10/11/2021

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/11/2021 עד תאריך - 09/05/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



0024921686

מר עזרן אשר

השר שפירא 37 בת ים

Rp.

0508430093 טל סלולרי:

0508430093 טלפון:

סה"כ: TAB 60:

שם התרופה: **Tab. esomeprazole 20 mg**

שמות החלופות: * TAB. NEXIUM 20MG X 28 < 2 OP+4 > [2923]
TAB. ESOPRIM 20MG X 28 < 2 OP+4 > [55166]
TAB. ESOMEPRAZOLE 20MG X 30 < 2 OP > [36177]

הוראות שימוש: לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

50%

סה"כ: TAB 30:

שם התרופה: **Tab. brotizolam 0.25 mg**

שמות החלופות: TAB. BONDORMIN 0.25MG X10 < 3 OP > [7872]
* TAB. BONDORMIN 0.25MG X20 < 1 OP+10 > [61426]
TAB. BROTILOLAM-TEVA 0.25MG X10 < 3 OP > [26083]

הוראות שימוש: לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

על קיבה ריקה

10%

ה-15

DR. WEINBERG S. M.D. C.P.
0011166

* הקשתות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי
תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף
ביום הניפוק



833027

[מ.ס]

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה
גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ויינברג סימון
רופא פנימי כללי
בלפור 151, בת ים
מ.ר.: 11166 טל:



011166

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

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

חתימה וחומתת הרופא

ת.הפקה: 15/10/2021

פרטי רופא

פרטי מטופל

מס ביקור



000182184332

פקס: 03-5538239

שם רופא: דר' ויינברג סימון

מומחיות: רופא פנימי כללי

מסמך התום

דיגיטלית

cosign מכבי

ת"ז



0024921686

שם מטופל: עזרן אשר

ת"ז: 24921686

גיל 51 שנים ו- 5 חודשים

טלפון: 0508430093, 0508430093

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 15/10/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
מידע מנהלי cap 6 10 % השתתפות עצמית: ** 05/11/2021-04/12/2021 05/12/2021-03/01/2022	בתוקף לרכישה 15/10/2021-04/11/2021 05/11/2021-04/12/2021 05/12/2021-03/01/2022	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
cap 6 10 % השתתפות עצמית: ** 05/11/2021-04/12/2021 05/12/2021-03/01/2022	בתוקף לרכישה 15/10/2021-04/11/2021 05/11/2021-04/12/2021 05/12/2021-03/01/2022	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה

* ידוע לי שמורשה הרקוח/ות לנפק חלופה גגורית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לדיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



018667

035004444 /

דר' בייא אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 243748856

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 03/05/1970



0024921686

מיקוד: 5956125

כתובת:

השר שפירא 37/9, בת ים

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08
 הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
 עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
 המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בבירכיים
 צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08
 המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
 נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

בעיות ידועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
 SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: להמשך טיפולכם שעזר מאוד

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/11/2021 עד תאריך - 09/05/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

10/11/2021

תאריך

אחות חתומה

אחות חתומה
 11908
 11908

ד"ר עזרן
 11908
 11908

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 מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



מכון דימות: ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: בין אברהם

מ.ר: 18667

תאריך הבדיקה: 29/11/2021

תאריך הפיענוח: 05/12/2021

שם הנבדק: עזרן אשר

ת.ז. הנבדק: 24921686

כתובת הנבדק: השר שפירא 37/9 בת ים 5956125

טלפון הנבדק: 050-8430093 טלפון נייד: 050-8430093

תשובת בדיקת דימות: 21736732

א.ס רקמות רכות לא אורטופדי

סיבת ההפניה:

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל נוזל בכמות גדולה.
הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
ARTHRALGIA

ממצאים:

בדיקה על קול של פרק ירך שמאל

גבולות הראש הירך לא סדיר יכול להתאים בין היתר לשינויים היפרטרופים.
נוזל בכמות לא גדולה תוך פרק.
אחיזה של שריר rectus femoris מעובה היפואקויד. מתאים בין היתר ל'tendonitis'

סיכום:

א.ס ירך מבוגר

סיבת ההפניה:

ממצאים:

בדיקה על קול של אזור trochanter mayor שמאל

ITB בגבולות שמור.
subtrochanteric bursa - תפוח, מעובה תוכן בלתי הומוגני בחלקו מזלי ובחלקו אקוגני.
הממצא מתאים ל'bursitis' עם דמם במקום -
גבולות העצם trochanter לא חד יכול להתאים בין היתר: שינויים ניוונים? - hair line fracture?
הגיד gluteus minimus באחיזה בלתי הומוגני היפואקויד יכול להתאים ל'tendonitis'
gluteus medius באזור אחיזה היפואקויד בלתי הומוגני tendonitis'

סיכום:

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: בין אברהם

מ.ר: 18667

תאריך הבדיקה: 29/11/2021

תאריך הפיענוח: 05/12/2021

שם הנבדק: עזרן אשר

ת.ז. הנבדק: 24921686

כתובת הנבדק: השר שפירא 37/9 בת ים 5956125

טלפון הנבדק: 050-8430093 טלפון נייד: 050-8430093

תשובת בדיקת דימות: 21736732

כמתואר-

הממצאים מתאימים לפגיעה בפרק ירך ובאזור trochanter משמאל.

bursitis trochanteric עם תוכן בלתי הומוגני.

התעבות באחיזה הגידים של GM-GMED המתאימים ל tendonitis

שינויים בגבולות העצם שטיבו לא ברור.

נא המשך בירור אצל רופא אורתופד.

מבצע/ת הבדיקה: מזל לוי

בברכה

ד"ר דניאל גונזלזס

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 19617

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



018667

קוד הפניה: 263395680

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

שם פרטי: אשר	שם משפחה: עזרן	ת.ז.: 24921686
טלפון: 0508430093	ת.לידה: 03/05/1970	מין: ז
טל.עבודה/נייד: 0508430093	כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מיקוד: 5956125



0024921686

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: מירפאת כאב

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בירכיים
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58
US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונוזל בפרק ירל שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה
תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלואטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44
כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08
המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58
המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44
בCT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשנת: לא

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father

בעיות ידועות:

דר' ביינ אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 263395806

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

שם פרטי: אשר	שם משפחה: עזרן	ת.ז.: 24921686
טלפון: 0508430093	ת.לידה: 03/05/1970	טל.עבודה/נייד: 0508430093
מיקוד: 5956125	כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מין: ז



0024921686

התייעצות מומחה

- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לידיעה בשלב זה נשלח למירפאת כאב

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/03/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2022 עד תאריך - 12/09/2022

החתימה והחותמת
של הרופא
המפנה



018667

קוד הפניה: 263395680

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עזרן		שם פרטי: אשר		ת.ז.: 24921686	
ת.לידה: 03/05/1970		מין: ז		טלפון: 0508430093		טל.עבודה/נייד: 0508430093	
כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים		מיקוד: 5956125		0024921686			

התייעצות מומחה

- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לטיפולכם המסור

16/03/2022

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2022 עד תאריך - 12/09/2022

הרופא
ד"ר אברהם ביין
מומחה כירורגיה אורתופדית
מ.ר גורם מפנה



018667

קוד הפניה: 263395806

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: עזרן		שם פרטי: אשר		ת.ז.: 24921686	
ת.לידה: 03/05/1970	מין: ז	טלפון: 0508430093	טל.עבודה/נייד: 0508430093	כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים	מיקוד: 5956125	0024921686	

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: כל המעוניין

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021
 עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל
 המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בברכיים
 צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58
 US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונוזל בפרק ירל שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה
 תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלואטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44
 כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08
 המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל
 נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58
 המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44
 CT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשנת: לא

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father

בעיות ידועות:

נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים- הפול

(עמודים 46 עד 46)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22 /

בבית משפט השלום
בכפר-סבא

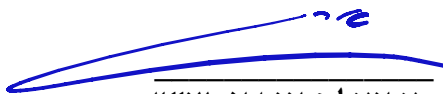
אשר עזרן - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה -הפול

התובע, אשר עזרן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, בתחום הפסיכיאטרי ובתחום רפואת הכאב לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים וולפסון, בחולון, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

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 5 :

נחתמו

(עמודים 48 עד 51)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ / ז' אדר א' תשס"ו
ת.ז. מס' _____ 24921196, מרחוב _____ שרית 37 ית ים
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ יפ"י / להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 12.9.21
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 הכת, 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 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 12 לחודש S שנה 22

חתימה: X שרה רחל

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרימבג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם המשפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
51-1	רע	24721686		
סריטן	מס'	מיקוד	טלפון	
37	כ. י. מ.			
רחוב	עיר			

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: _____
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: _____ 11.5.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פריינברג
מס' דשיון: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אריאל בעל ת.ז. 24921686 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט בית דין ב מחוז תל אביב 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:	<u>2016</u>	הפגיעה:	<u>חבלות ירכוס</u>	המוסד הרפואי:	<u>בית דין</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X אריאל
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 12/5/22
הופיע/ה בפני בית דין (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 24921686
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ת
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עו"ד אריאל פריינדל

מס' רישון: 52254

חתימת עורך הדין