

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נוירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☐ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ☐ ליווי רפואי

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

אשפוז למחלקה: _____ אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואי ☐

שיחרור: חופש מחלה _____ ימים. ביקורת תפרים בעוד _____ ימים. הוצאת תפרים בעוד _____ ימים. ☐ בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך _____ שעה _____

תאריך: _____ שעת אשפוז / שיחרור _____ חתימה וחותמת הרופא _____

שחרור סעודי:

הדרכה לשחרור:

☐ הוצאת וונפולן ☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך ☐ ניתן דף הדרכה למטופל ☐ ☐ בקרת סימנים חיוניים ☐ מנוחה ☐ המסך מעקב רפואי ☐ ☐ אומדן כאב בשחרור ☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי ☐ ביצוע הדמייה בקופ"ח ☐ תזונה ושתייה מתאימה ☐

אחר: ☐

חתימה וחותמת האחות המשחררת

שעה: _____



0323215541



035384

קוד הפניה: 189715727

טלפון: 03-5035490 03-5035498

פקס: 03-5053690

כתובת: גולדה מאיר 7, חולון (קניון חולון, קומה מינוס 2)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: יובנוביץ	שם פרטי: יהל	ת.ז.: 206648008
ת.לידה: 18/03/1999	מין: נ	טלפון: 0508105885	טל.עבודה/נייד: 0506340255
כתובת: שנקר 70/7, חולון	מיקוד: 5832919		



0206648008

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: חבלה בשתי ברכיים בתאונת הדרכים לפני כשבוע

ממצאים: ללא הגבלת תנועות בברך ימין ושמאל
טווחי תנועות בברכיים 0-130 דו"צ
ללא נפיחות בשתי ברכיים

• CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG Bi-Lateral

אבחנה:

• RHINITIS ALLERGIC

בעיות ידועות:

ESTELLE 21 X 3 1X1X63

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לברך ימנית שמאלית, חיזוק שרירים וטווחי תנועות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/10/2020 עד תאריך - 04/04/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

06/10/2020

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתסמונת
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.

מ.ר גורם מפנה



031067

ד"ר בן אהרון יוסף

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: יובנוביץ		שם פרטי: יהל		ת.ז.: 206648008	
ת.לידה: 18/03/1999		מין: נ		טלפון: 0508105885		טל.עבודה/נייד: 0506340255	
כתובת: שנקר 70/7, חולון		מיקוד: 5832919					



0206648008

אישור רפואי

תלונות:

כשבועיים אחרי ת"ד
נחבלה ברגליים
נבדקה במיון וולפסון
בהמשך לפני כשבוע אצל אורטופד
הומלץ טיפול במשככי כאבים-ללא הטבה
הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה
ממשיכה להיתלונן על כאבי ברכיים בעיקר ברך ימין

ממצאים:

רגישות והגבלה בתנוע ברך ימין

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- KNEE PAIN Right

בעיות ידועות:

- RHINITIS ALLERGIC

תרופות קבועות:

ESTELLE 21 X 3 1X1X63

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

14/10/2020

מ.ר. גורם מפנה

תאריך

משוחררת עם המלצות הבאות :
חיטוי מקומים של פצעים עם מים וסבון
משככי כאבים לפי צורך
מנוחה
המשך מעקב רופא מטפל בקופ"ח לפי צורך
עם כל החמרה במצב נא לפנות לעזרה רופאית זמנה

דיון וסיכום הקבלה

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
27/09/2020	15:10	שחרור		אח.אבוטיר

שוחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. אבו טיר, אחמד
חתימה:

מספר רשיון: 1-35299

15:10 27/09/20



סודי רפואי

מעודכן ל: 27/09/20, 15:06

מנהל מח': דר. שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11241320

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

יובנוביץ יהל

ת.ז.: 20664800-8 מין: נקבה ת.לידה: 18/03/1999 גיל: 21 ש
שם האב: רדויה טל: 050-8105885 טל: 050-6340255 שם האם: מרים
מצב משפחתי: ר קופ"ח: מכבי סוג מבקר: אזרח מספר אישי: 8458553
כתובת: שנקר 70, חולון, 5832919

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים גורם מפנה: פניה עצמית מבטח: יובנוביץ יהל, 20664800-8
תאריך קליטה במיון: 27/09/20 שעה: 14:53
תאריך קליטה בבי"ח: 27/09/20 שעה: 14:53

אבחנות נוכחיות

924.5 - CONTUSION OF UNSPECIFIED PART OF LOWER LIMB

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בת 21
התקבלה עקב תאונת דרכים
רוכבת אפנוע
נחבלה בברך ימין וכף רגל שמאל

בבדיקתה:
שפשוף בברך ימין
ללא הגבלה בתנועה של ברך
ללא נפחות או תפליט
ברך ימין יציבה
שפשוף בכף רגל שמאלית דורסלית מעל בוחן 1
ללא הגבלה בתנועה של בוחן
ללא חוסר NV פריפרי



031067

ד"ר בן אהרון יוסף

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: יובנוביץ	שם פרטי: יהל	ת.ז.: 206648008
ת.לידה: 18/03/1999	מין: נ	טלפון: 0508105885	טל.עבודה/נייד: 0506340255
כתובת: שנקר 70/7, חולון	מיקוד: 5832919		

אישור רפואי

תלונות:

ביקור חוזר מתאריך 14/10/2020
 כשבועיים אחרי ת"ד
 נחבלה ברגליים
 נבדקה במיון וולפסון
 בהמשך לפני כשבוע אצל אורטופד
 הומלץ טיפול במשככי כאבים-ללא הטבה
 הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה
 ממשכה להיתלונן על כאבי ברכיים בעיקר ברך ימין
 21/10/2020
 ממשכה להיתלונן על כאבים בברך ימין
 ללא הטבה עם NSAIDS

ממצאים:

ביקור חוזר מתאריך 14/10/2020
 רגישות והגבלה בתנוע ברך ימין
 21/10/2020
 נפיחות והגבלה בתנוע בברך ימין

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- KNEE PAIN Right

בעיות ידועות:

- RHINITIS ALLERGIC

תרופות קבועות:

ESTELLE 21 X 3 1X1X63

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים. רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

21/10/2020

תאריך

ד"ר בן אהרון יוסף
 מומחה ברפואה פנימית
 מ.ר. 31067
 חתימה וחותמת הרופא
 70190

תאריך: 18/11/20
שעה: 17:14:04

רשימת תורים מלאה לחבר

LAVY_Y02
פקיד: 1
דף: 1

חבר : 206648008 0 יובנוביץ יהל גיל: 21.7

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך	ללא ערך
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	סוג ביקור	הזימון
בפועל	סטט.זימון	פיזיותרפיס	לביא ירון	17:10	23/11/20	ב	רגיל....	23/11/20
	בוצע זמון	03-5025252	טלפונים				שיקום במערכת MET	
		*3555						
	בוצע זמון	03-5025252	טלפונים	16:40	18/11/20	ד	רגיל....	
		*3555					ביקור קצר	
16:27	בוצע בקור	03-5025252	טלפונים	16:10	9/11/20	ב	רגיל....	
		*3555					ביקור קצר	
17:00	בוצע בקור	03-5025252	טלפונים	16:40	4/11/20	ד	רגיל....	
		*3555					ביקור רגיל	
16:14	בוצע בקור	03-5025252	טלפונים	15:10	2/11/20	ב	רגיל....	
		*3555					ביקור רגיל	
15:57	בוצע בקור	03-5025252	טלפונים	16:00	21/10/20	ד	רגיל....	
		*3555					ביקור רגיל	
14:54	בוצע בקור	03-5025252	טלפונים	14:30	19/10/20	ב	רגיל....	
		*3555					בדיקה דחופה-פיזיותרפיה	
15:26	בוצע בקור	03-5035490	טלפונים	15:30	6/10/20	ג	רגיל....	
		*3555					ביקור רגיל	

*** סוף הדו"ח ***

תאריך: 2/11/20
שעה: 16:24:57

רשימת תורים מלאה לחבר

פיקיד: MARVA_M02
דף: 1

גיל: 21.6

יהל

חבר : 0 206648008 יובנוביץ

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך	ללא ערך
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	סוג ביקור
בפועל	סטט.זימון	לביא ירון		הזימון		
	פיזיותרפיס	טלפונים	16:40	4/11/20	ד	רגיל.... ביקור קצר
	03-5025252 *3555					
	פיזיותרפיס	טלפונים	15:10	2/11/20	ב	רגיל.... ביקור רגיל
	03-5025252 *3555					
	משפחה, פני	בן אהרון יוסף	16:00	21/10/20	ד	רגיל.... ביקור רגיל
15:57	03-5025252 *3555	טלפונים				
	פיזיותרפיס	טלפונים	14:30	19/10/20	ב	רגיל.... בדיקה דחופה-פיזיותרפיה
14:54	03-5025252 *3555					
	אורתופדיה	ארנביצקי ויטלי	15:30	6/10/20	ג	רגיל.... ביקור רגיל
15:26	03-5035490 *3555	טלפונים				

*** סוף הדו"ח ***

תאריך: 2/11/20
שעה: 16:25:05

רשימת תורים מלאה לחבר

פקיד: MARVA_M02
דף: 1

גיל: 21.6

יהל

חבר : 0 206648008 יובנוביץ

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך	ללא ערך
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	סוג ביקור	הזימון
16:40	פזיוטרפיס	לביא ירון	16:40	4/11/20	ד	רגיל....	ביקור קצר
15:10	פזיוטרפיס	לביא ירון	15:10	2/11/20	ב	רגיל....	ביקור רגיל
16:00	משפחה, פני	בן אהרון יוסף	16:00	21/10/20	ד	רגיל....	ביקור רגיל
14:30	פזיוטרפיס	לביא ירון	14:30	19/10/20	ב	רגיל....	בדיקה דחופה-פזיוטרפיה
15:30	אורתופדיה	ארנביצקי ויטלי	15:30	6/10/20	ג	רגיל....	ביקור רגיל

*** סוף הדו"ח ***

פרטי תופא

שם רופא: ד"ר בן אהרון יוסף

שם מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

תס ביקור

000150244246

פקס: 03-9791648



פרטי מוטופל

שם מטופל: יובוביץ יהל

ת"ז: 206648008

גיל: 21 שנים ו-7 חודשים

ת"ז: 0206648008

מיון: נ

טלפון: 0506340255, 0508105885

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 21/10/2020 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרשימה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	מסך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 20 השתתפות עצמית: 15% **	21/10/2020-04/11/2020		1 טבלה	1 טבלה	10 ימים	10 ימים	אופן שימוש הנחיות (עשרה מ"ג) 10 מ"ג paracetamol 325 מ"ג שלוש מאות מ"ג (2) * PERCOCET - 10 (עשירים וממשה) * מטופל/ת יקרה, לתשומת במחשבה עלול לגרום להתמכרות נא הקפד/י על הוראות הרופא	

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית 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. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית יטפח 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 נ"ר אינן מוצגות בדף זה ויצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



0206648008

המרשם בתוקף מ: 06/10/2020 עד 20/10/2020

גברת יובנוביץ יהל

טלפון: 0508105885 טל סלולרי: 0506340255 Rp.

שנקר 70 חולון

סה"כ: OP 1

שם התרופה: **Spr. ketoprofen 100 mg/g**

שמות החלופות: * SPR. KETOSPRAY 25G < 1 OP > [40168]

הוראות שימוש: לרסס 1. 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 10 ימים.

50%

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



732464

[מ.ו.]

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

ד"ר ארנביצקי ויטלי

רופא אורטופד

גולדה מאיר 7, חולון

מ.ר.: 35384 טל: 03-5035490 03-5035498



035384

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

חתימה וחתימת הרופא
ת.הפקה: 06/10/2020

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

תאריך: 14/10/2020
שעה: 7:32:53



מ.רפואי וולפסון (בי"ח/קרן) (1104)
חדר מיון כללי

62
58100

לכבוד
בית חולים
חדר מיון
ככר הלוחמים

טלפון: 03-5028211

התחייבות מספר: 201050108

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי יובנוביץ _____ יהל _____ ת.ז. 206648008
ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
חבר ב- מכבי שלי
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
גיל החבר: 21

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
206648008	201050108	27092020

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
מס	CPT	תאור טיפול	בנותן שרות	טפולים
1	99245	01 ביקור במיון (תשלום גלובלי)	27/09/2020 99281	1

נפגע בתאונת דרכים

ישוב: חולון
מרכז רפואי: חולון
הופיין
טל: 03-5025252
13 מתאם שרות: נופר
שאש

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 28/09/2020

נספח להתחייבות מספר 201050108:

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו תקפה למשך 24 שעות, עבור ביקור בחדר מיון בלבד.
.
.
.
בברכת בריאות טובה
"מכבי שרותי בריאות"

[illegible]

[illegible]

[illegible]

סדר"כ יחיד	סדר"כ נבוי רשות
	189

קבלה מספר
114000005

10.11.2020 תאריך הפקת החשבונית
114000005 מס' חשבונית
14 days net תנאי תשלום
24.11.2020 מועד אחרון
ILS מטבע
Yahel Yuvanovich שם

עוסק פטור
עוסק מספר 206648008
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

עבור:
וואלט אנטרפריזיס ישראל בע"מ
רחוב אלנבי 113
תל אביב, 6581706
ישראל
515887156

מידע נוסף
עבור התקופה: 16.10.2020-31.10.2020

מוצר	סוג	כמות	סכום בשי"ח
תשלום עבור שירותים/שליחויות לוולט	fees	1	1,659.00
		מע"מ 0 %	0.00
		סה"כ	1,659.00
		טיפים	155.00
		ניכוי מס במקור	0.00
		סה"כ לתשלום	1,814.00

קבלה מספר
114000004

25.10.2020 תאריך הפקת החשבונית
114000004 מס' חשבונית
14 days net תנאי תשלום
8.11.2020 מועד אחרון
ILS מטבע
Yahel Yuvanovich שם

עוסק פטור
עוסק מספר 206648008
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

עבור:
וואלט אנטרפריזס ישראל בע"מ
רחוב אלנבי 113
תל אביב, 6581706
ישראל
515887156

מידע נוסף
עבור התקופה: 01.10.2020-15.10.2020

מוצר	סוג	כמות	סכום בשי"ח
תשלום עבור שירותים/שליחויות לוולט	fees	1	2,685.00
	מע"מ 0 %		0.00
	סה"כ		2,685.00
	טיפים		290.00
	ניכוי מס במקור		0.00
	סה"כ לתשלום		2,975.00

קבלה מספר
114000002

25.9.2020 תאריך הפקת החשבונית
114000002 מס' חשבונית
14 days net תנאי תשלום
9.10.2020 מועד אחרון
ILS מטבע
Yahel Yuvanovich שם

עוסק פטור
עוסק מספר 206648008
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

עבור:
וואלט אנטרפריזס ישראל בע"מ
רחוב אלנבי 113
תל אביב, 6581706
ישראל
515887156

מידע נוסף
עבור התקופה: 01.09.2020-15.09.2020

מוצר	סוג	כמות	סכום בשי"ח
תשלום עבור שירותים/שליחויות לוולט	fees	1	790.00
	מע"מ 0 %		0.00
	סה"כ		790.00
	טיפים		95.00
	ניכוי מס במקור		0.00
	סה"כ לתשלום		885.00

כתובת
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

קבלה מספר
114000001

10.9.2020 תאריך הפקת החשבונית
114000001 מס' חשבונית
14 days net תנאי תשלום
24.9.2020 מועד אחרון
ILS מטבע
Yahel Yuvanovich שם

עוסק פטור
עוסק מספר 206648008
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

עבור:
וואלט אנטרפריזיס ישראל בע"מ
רחוב אלנבי 113
תל אביב, 6581706
ישראל
515887156

מידע נוסף
עבור התקופה: 16.08.2020-31.08.2020

מוצר	סוג	כמות	סכום בשי"ח
תשלום עבור שירותים/שליחויות לוולט	fees	1	1,000.00
	מע"מ 0 %		0.00
	סה"כ		1,000.00
	טיפים		210.00
	ניכוי מס במקור		0.00
	סה"כ לתשלום		1,210.00

קבלה מספר
114000003

10.10.2020 תאריך הפקת החשבונית
114000003 מס' חשבונית
14 days net תנאי תשלום
24.10.2020 מועד אחרון
ILS מטבע
Yahel Yuvanovich שם

עוסק פטור
עוסק מספר 206648008
יהל יובנוביץ
שנקר 70
חולון 5832919
Israel

עבור:
וואלט אנטרפריזיס ישראל בע"מ
רחוב אלנבי 113
תל אביב, 6581706
ישראל
515887156

מידע נוסף
עבור התקופה: 16.09.2020-30.09.2020

מוצר	סוג	כמות	סכום בשי"ח
תשלום עבור שירותים/שליחויות לוולט	fees	1	2,127.00
	מע"מ 0 %		0.00
	סה"כ		2,127.00
	טיפים		210.00
	ניכוי מס במקור		0.00
	סה"כ לתשלום		2,337.00

שים לב -
מסירת תשובה שאינה מלאה וזמן סיום
לרדת חובה הביטוח עלולה להקטין את
הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או
להקנות למבטח זכות לפיצויים מבלי
הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 להחלטה

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פוליס")
מס' 03-9424300
תעודת ביטוח חובה
פקודת ביטוח רכב מאגר (נוסח חדש) התשל"ו 1970 (להלן פקודת הביטוח)

תעודת ביטוח הכוללת השתתפות עצמית

השתתפות עצמית בנדק שאינו נזק חמור עד - 25,000 ש"ח
אובדן השתתפות עד 7 ימי אובדן השתתפות
אחר הנחה בפוליסה זו 30% סכום דמי הביטוח שהופחתו בשל הכללת
החניה של השתתפות עצמית 1546.0 ש"ח.

"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>

כביטוח בהתאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצויים לעיל, כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם ההדדיים - "המבטחים"). כל מבטח
מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בין חלקו היחסי של מבטח אחד באחריות.
הפוליסה שבתוכה רח"א, ראשון לציון, ת.ד. 17160, ראש"צ 75070, סלחן: 03-9424300, היא מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי להגות בכל הליך משפטי ופיקדון
למסכת שני דין בשנים, מבלי שהדבר יעיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפוליסה) אחריות מועבר לחלקו היחסי כאמור.

תחומת הבנק
המאגר הישראלי
לביטוחי רכב ("הפוליס")
סכום: 4,299.00 ש"ח
שולם באמצעות בנק אגוד
חן: 063 - 20403/58
14:38 18/08/2020

מס' תעודה	מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הרכב	מס' הסטק	מס' הפאן
204-712000946020-00	4912978	א ילון - מטרון	7151		
שם בעל הפוליסה			מס' רשות / ח"פ		
יובנוביץ' יהל			206648008		
כתובת בעל הפוליסה			מס' טקסט		
שוקר 70 תולדו					
מס' שילדה			מס' רכב למצור כיטוח		
12WYBS306808			אופנוע		
סוג הרכב בהתאם לרשימת הרכב			אופנוע חברה נהג נקוב		

מס' נוסעים
שם ייחודי
מועד עזירה לרכישת בלבד
18/08/2021

מס' הפאן	מס' הסטק	יצרן / דגם	מס' רכב למצור כיטוח	מס' שילדה
124	סיא' יאנג	אופנוע	12WYBS306808	

אין חוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ואין לשינויים בכתב יד
מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני:
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:
18/08/2021 מועד פקיעת הביטוח: 31/07/2021

ת"ז 206648008 יובנוביץ' יהל בלבד

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב התעודה.

דאה הכללות, הורגים, וסייגים נוספים מעבר לרף.
מסורת השימוש המותרות ברכב:

תבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות נקרה הביטוח שימש חרבה את המבטח
לאחת או יותר מהמסורות כמפורט בסעיף 6 (א) (1) שביב התעודה.

מסורת עסקית של המבטח שאין נכללות:
כמפורט בסעיפים שמעבר לרף שמספריהם נקובים בסעיפים:
(א) 6, (ב) 6, (ג) 6, (ד) 6, (ה) 6, (ו) 6.

הרחבות בהיקף הכיסוי:

חמ' TCS: לא, חמ' EBA: לא, חמ' CBS: לא, חמ' ASC: לא, חמ' ABS: לא.



אנו מאשרים בשם המבטחים כי המסמך
שלתחתו זה שניתן לך, מתאמת לפי
הוראות הפקודה.

מס' תעודה	מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הרכב	מס' הסטק	מס' הפאן
204-712000946020-00	4912978	א ילון - מטרון	7151		

ספח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא 21, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג / נהג, נהג, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל
של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2015, מספר התאמתו שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג
ברכב הוא 59, מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא 91, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת".

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפוליס")

מס' תעודה	מס' רשות / ח"פ	מס' רישוי	מס' שילדה	מס' הפאן	מס' הסטק
204-712000946020-00	4912978	א ילון - מטרון	12WYBS306808	7151	
שם בעל הפוליסה			מס' רשות / ח"פ		
יובנוביץ' יהל			206648008		
כתובת בעל הפוליסה			מס' טקסט		
שוקר 70 תולדו					
מס' שילדה			מס' רכב למצור כיטוח		
12WYBS306808			אופנוע		
סוג הרכב בהתאם לרשימת הרכב			אופנוע חברה נהג נקוב		

אין חוקף לתעודה הכתובה
בכתב יד ואין לשינויים בכתב יד

המאגר הישראלי
לביטוחי רכב ("הפוליס")
סכום: 4,299.00 ש"ח
שולם באמצעות בנק אגוד
חן: 063 - 20403/58



מס' תעודה	מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הרכב	מס' הסטק	מס' הפאן
204-712000946020-00	4912978	א ילון - מטרון	7151		

ניתן לשלם במזומן בבנק
לאחי: 803-70452953
פזרתי: 461-631383
דיוקנות: 000-464020
סניף: 0896770



רישיון רכב



בבית דין

סוג

מספר רכב

23/07/2021 20664800-8	מספר זהות	4912978 L אופנוע	בעלים
17/08/20	תאריך בעלות	58329 תאריך הדפסה	מקום
03	מספר שילדה	24/07/11	תאריך רישום
RFGLF12WYBS306808	תוצר מנוע	07/2011	רישום מקורי
סאן יאנג טאיוון	דגם מנוע	124	מקומות ישיבה למעט הנהג
KU	מספר מנוע	110/90-13	סוג דלק
741662	צבע	56	צמיג קדמי
רוח/מסרנים	הנעה	130/70-12	צמיג אחורי
		משקל עצמי	משקל כולל
		155	משקל מורשה
		ווגריר	

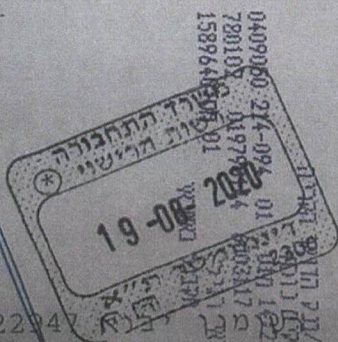
ק"מ

1213 2021

בעלים נוספים:

מספר רכב	LF12W	דגם	JR125	תוצר סאן יאנג טאיוון
קבוצת רישוי	רמת גימור	כינוי מסחרי		
קוד	חלון בנג	הוראת רישום	הספק (כ"ס)	12.00
10-1539	אבס	אבס	דרגת זיהום אוויר	

תנאים והגבלות ומידע נוסף:



130622947

הסכום לתשלום (ש"ח)

165.00

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ופיקדון כשיהיה חובה (מסמך) 1
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא יבוצעו בדיקות בטיחות. האגרה תישלם באמצעות משרד התחבורה או בנק העליון *5678
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישיון הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678

 **DRIVING LICENCE רשיון נהיגה**
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל 

1. יובנוביץ JOVANOVIC
יהל
2. YAHIEL
3. 18.03.1999

4a. 08.08.2018
4b. 18.03.2023
4d. ID 206648008
5. 9921933
8. שנקר 70 חולון

8008

9. A2 B

מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

הצהרה על מעורבות בתאונת דרכים ובקשה להחזר תשלומי השתתפויות עצמיות

הנני מבקש/ת לקבל החזר בגין תשלומי היטלים והשתתפויות עצמיות בגין טיפולים הנובעים מתאונת הדרכים בה הייתי מעורב/ת.

פרטי הנפגע/ת:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז. (9 ספרות)
יונהוביץ	יה	206648008
רחוב:	מס' בית:	עיר:
שנקר	70	חולון
טלפון:	טלפון נוסף:	מיקוד:
0508105885	0506340255	5832919

פרטי התאונה:

תאריך התאונה: 27.09.2020 שעה: 13:57

מקום התאונה: גולדה מאיר 6 חולון

נסיבות התאונה: נסיעה פרטית בדרך לעבודה / במהלך העבודה / מהעבודה אחר _____

מעורבותי בתאונה כ: נהג/ת נוסע/ת הולך/ת רגל אחר _____

פרטי הרכב: מס' הרכב בו נסעתי או ממנו נפגעתי: שלי - 4912978, המאונק - 5918689

באם התאונה ארעה במעורבות של אוטובוס ציין את: שם החברה: _____ קו: _____

יש לצרף הוכחה לקיום תאונת הדרכים, למשל אישור משטרה

תיאור הפגיעה:

אנא פרטי/י את תיאור הפגיעה ופרטי פגיעות הגוף כתוצאה מהתאונה:

רכבתי באופנוע שלי בעת הליכי והאופנוע השל סטה מהשטח

למען העתה של האופנוע שלי לאות, התגשש נפלא ונחלתי קרנאים.

האם הוגשה עזרה רפואית ראשונה (מיון/אשפוז/מוקד)? כן לא

נא לצרף העתק סיכום רפואי על הפגיעה

הנני מאשר בחתימת ידי, שכל הפרטים המפורטים לעיל נכונים:

תאריך:	חתימת הנפגע/ת / אפוטרופוס:
13/10/2020	יה יונהוביץ

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2020	683658 /
תאריך	18/10/2020	סיווג תיק	ת.ד.	ת.ד.
מס' תיק מסוף	8	מס' מסמך בתיק	יג	
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607	
כתובת	אמץ 2, תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il	
נושא המסמך				

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 27/09/2020 בשעה 13:57
2. מקום התאונה: חולון גולדה מאיר 6 באחר, שלא פורט לעיל הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:				
מספר רכב	4912978	סוג רכב	תוצר רכב	אופנוע
חברת ביטוח	הפול הישראלי	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
שיוך המעורב	נהג	שם	שנת לידה	18/03/1999
כתובת	חולון, שנקר, 70	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
מעורבים ברכב:				
שיוך המעורב	נהג	שם	שנת לידה	06/12/1989
כתובת	ת"א - יפו, שם הגדולים 1	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 15/10/2020

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1220888	גרופי	יוסף

פרטי השוטר המוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1220888	רסר	גרופי	יוסף



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



1. יובנוביץ
JOVANOVIC

יהל

2. YAHIEL

3. 18.03.1999

4b. 18.03.2023

5. 9921933

8. שנקר 70 חולון

4a. 08.08.2018

4d. ID 206648008

8008

8008

9. A2 B

מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב. ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בורות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח
י"ג / כ"ג / ג'

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

התשובה:
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יונה יוסף, מס' 206648008, מרחוב שקר 70 חולון,
ת.ז. מס' 206648008, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום
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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין _____

מיון : ר"ד מהלכים / מיון אורטופד מקרה: 11241320
מ.ז. : 8-20664800 שם: יובנוביץ יהל
אב : רדויה כתובת: שנקר 70 חולון
סוג : אזרח טל: 050-8105885 ת.לידה: 18.03.1999
קופ"ת מכבי כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה ג'א
סיבה : תאונת דרכים
ת.קבלה: 27.09.20 14:53
מפעיל: SVETAK



המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון



כ"ח 257

המחלקה לרפואה דחופה Department of Emergency Medicine

רגישויות לתרופות

Handwritten signature/initials

ביוקור חוזר BIO HAZZARD

זיהוי

3

סיבת הפניה מחלות רקע ותנאים
Handwritten notes in blue ink

חתימה וחותמת
Handwritten signature in blue ink

הובא ע"י: ☐ מד"א/נט"ן ☐ לבד/משפחה ☐ מוסד ☐ מלווה

מצב הכרה: ☒ מלאה ☐ מבולבלת ☐ מעורפלת ☐ חוסר הכרה

נשימה: ☒ עצמונית ☐ קוצר נשימה ☐ מונשם ☐ חמצן

מצב עור: ☒ תקין ☐ פצעי לחץ/יש/אין ☐ פריחה/בצקות ☒ שיפשוף/חתך ☐ אחר*

מצב רגשי: ☐ תקין ☐ אי שקט ☐ חרד ☐ אחר*

ניידות: ☒ עצמאי ☐ מוגבל ☐ מרותק

שימוש בעזרים: ☐ משקפי ראייה ☐ מכשיר שמיעה ☐ מקל/הליכון/ כיסא ☐ אחר:

סיכון לנפילה: ☒ לא ☐ כן

הדרכה: ☐ דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה

שם המלווה: קירבה: טלפון:

סימנים חיוניים						אומדן כאב ע"פ: VAS BPS PS			
שעה	לחץ דם	דופק	חום	סטורציה	DEX GCS	אופי כאב	מיקום כאב	עוצמה	שם וחותמת אחות
14:58	110/67	83	36.8	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 וונפולון

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

שעה:
חתימה וחותמת אחות:

רופא בודק: _____ שעה: _____ רופא מנהל מקרה: _____ שעה: _____

תעודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית משפט.