



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

לידיה דמיטריב - חולון - תאונה 31.7.18

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Tue, May 18, 2021 at 1:16 PM

To: נועם פרץ <np111@bezeqint.net>

ח"נ שלום רב,

מרשתי מסרבת להצעה שהוצעה על ידי מרשתך. ההצעה נמוכה מאוד, לא הולמת את נזקה ולא מביאה בחשבון את המפגע.

המדובר הוא בעמוד אשר לא היה צריך להיות במקום. במיוחד בהתחשב בתצורתו במועד הפגיעה ובעובדה שהמפגע הוסר ותוקן.

המדובר הוא במפגע ברחובה של עיר המהווה סטיה מסטנדרט הזהירות המצופה מרשות מקומית והדבר עומד בניגוד לחובת מכה פקודת העיריות.

על כן, ביקשה ממני מרשתי להכין כתב תביעה ולהגישו בהתאם.

אודה לבדיקתך והתייחסותך בחזר האם ניתן לייתר את הצורך בפניה לערכאות משפטיות.

לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובברכת בשורות טובות

--

אריאל פרייברג, עו"ד

אריאל פרייברג
משרד עורכי דין

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

RE: 31.7.18 תאונה - חולון - לידיה דמיטריב

1 message

נועם פרץ <np111@bezeqint.net>

Mon, Apr 5, 2021 at 11:32 AM

To: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

היי אריאל – לצרכי מו"מ בלבד

שוחחתי כעת עם הרפרנטית בעירייה. הם אינם רואים כל חבות נזיקית במקרה זה.

מדרכה רחבה, עמוד בשולי המדרכה הנראה היטב, תאונה בשעות היום. לא היתה כל סיבה שהגב' תיתקל בעמוד.

בנסיבות הללו לא אוכל להציע יותר מ-3,000 ₪, חזקת ערכי מטרד. לשיקולך.

נועם

בכבוד רב,

נועם פרץ, עורך דין

 פרץ – זרנקין, משרד עורכי דין

רחוב ויצמן 2 מגדל אמות השקעות

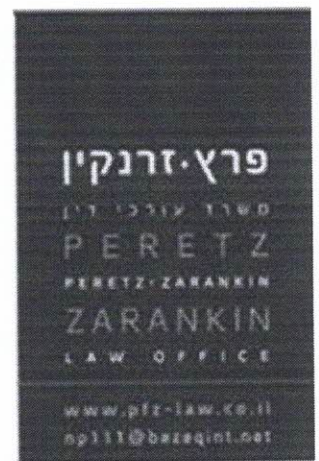
קומה 6 תל-אביב מיקוד 6423902

טלפון. 03-6932820 פקס. 03-6932822

נייד: 050-5893867

דוא"ל: np111@bezeqint.net

אתר: http://pfz-law.co.il



From: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
Sent: Wednesday, September 30, 2020 6:57 PM
To: נועם פרץ <np111@bezeqint.net>
Subject: Re: 31.7.18 תאונה - חולון - לידה דמיטריב

שלום רב,

מצ"ב תמונות המפגע סרוקות באופן ברור.

אודה לעיוןך ולקבלת התייחסותך.

בכבוד רב ובברכת שנה טובה וחג שמח.

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

On Wed, Sep 30, 2020 at 2:02 PM <np111@bezeqint.net> wrote: נועם פרץ:

לצרכי מו"מ בלבד

עבור עו"ד אריאל פרייברג

שלום רב,

אנו מייצגים את עיריית חולון אשר העבירה לבדיקתנו את פנייתך בעניין שבנדון.

הנושא מטופל ישירות על ידי העירייה, שלא באמצעות מבטחת.

אנא העבר במייל חוזר תמונות צבעוניות של המפגע הנטען (אין צורך בתמונות של החבלות).

אנא העבר תיעוד רפואי מלא, לרבות דו"ח מד"א ותיעוד רפואי מיום התאונה.

עם קבלת המבוקש אפנה לקיום בירור נסיבות ואזי אשיבך עניינית.

אין באמור לעיל כדי למצות טענות העירייה או להוות הכרה בארוע, בנזק או בנסיבות.

תודה.

בכבוד רב,

נועם פרץ, עורך דין

פרץ – זרנקין, משרד עורכי דין

רחוב ויצמן 2 מגדל אמות השקעות

קומה 6 תל-אביב מיקוד 6423902

טלפון. 03-6932820 פקס. 03-6932822

נייד: 050-5893867

דוא"ל: np111@bezeqint.net

אתר: <http://pfz-law.co.il>



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Re: 31.7.18 תאונה - חולון - לידיה דמיטריב

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
To: נועם פרץ <np111@bezeqint.net>

Wed, Sep 30, 2020 at 6:57 PM

שלום רב,

מצ"ב תמונות המפגע סרוקות באופן ברור.

אודה לעיוןך ולקבלת התייחסותך.

בכבוד רב ובברכת שנה טובה וחג שמח.

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

On Wed, Sep 30, 2020 at 2:02 PM נועם פרץ <np111@bezeqint.net> wrote:

לצרכי מו"מ בלבד

עבור עו"ד אריאל פרייברג

שלום רב,

אנו מייצגים את עיריית חולון אשר העבירה לבדיקתנו את פנייתך בעניין שבנדון.

הנושא מטופל ישירות על ידי העירייה, שלא באמצעות מבטחת.

אנא העבר במייל חוזר תמונות צבעוניות של המפגע הנטען (אין צורך בתמונות של החבלות).

אנא העבר תיעוד רפואי מלא, לרבות דו"ח מד"א ותיעוד רפואי מיום התאונה.

עם קבלת המבוקש אפנה לקיום בירור נסיבות ואזי אשיבך עניינית.

אין באמור לעיל כדי למצות טענות העירייה או להוות הכרה בארוע, בנזק או בנסיבות.

תודה.

בכבוד רב ,

נועם פרץ, עורך דין

פרץ – זרנקין, משרד עורכי דין

רחוב ויצמן 2 מגדל אמות השקעות

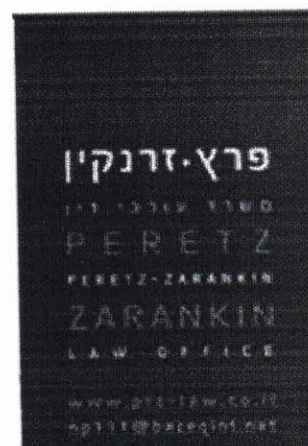
קומה 6 תל-אביב מיקוד 6423902

טלפון. 03-6932820 פקס. 03-6932822

נייד: 050-5893867

דוא"ל: np111@bezeqint.net

אתר: <http://pfz-law.co.il>



Virus-free. www.avg.com

--

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

 תמונות מפגע.pdf
1058K

1

17-19 00 00 00





2.8.20
- תלפון -

19.4.20

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדואר

לכבוד
עיריית חולון
מרחוב חיים ויצמן 58
חולון

א.ג.נ.

הנדון: לידיה דמיטריב, ת.ז. 306190729
תאונה מיום 31.7.18

נתבקשתי ע"י מרשתי לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 31.7.18, עת הלכה ברחוב ראש פינה, בסמוך לבניינים 17 – 19 בחולון, נתקלה מרשתי במפגע בדמות עמוד שבלט מן המדרכה והיא נפלה ונחבלה (להלן: "התאונה").

רצ"ב תמונת המפגע ומיקומו, מסומנים "1 - 2".

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי בבית החולים וולפסון שבחולון, שם אובחנו חבלות בחציו הימני של פניה, באפה ובברך שמאל. מרשתי אושפזה לצורך בדיקות, בוצעה לה בדיקת הדמיה המכוונת לברך שמאל, היא נבדקה ע"י אף אוזן וגרון ובוצעו לה הדבקות של הצלרציות בפניה. לאחר קבלת טיפול רפואי שוחררה מרשתי לביתה כשרגלה חבושה בהמלצה להימנעות מהליכה ודריכה עפ"י יכולת, למתן חיסון טטנוס, הימנעות מחשיפה לשמש במשך חודש ימים, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "3 – 9".

3. נוכח הכאבים וההגבלה בתנועות ברך שמאל, כמו גם החתכים על פניה, נבצר ממרשתי לצאת מביתה, היא נאלצה ליטול משככי כאבים להפגת הכאבים ונחה עם רגל מורמת תוך קירור מקומי, חיטוי וחבישה של החתכים בפניה.

רצ"ב תמונות החתכים והפגיעות, מסומנות "10 – 13".

1. אין ספק כי התאונה נגרמה עקב התרשלום, אשר באה לידי ביטוי במחדלים הבאים:

2. לא דאגתם להסיר את המפגע.
 3. לא דאגתם לגדר את המפגע.
 4. לא דאגתם להסב את תשומת לב באי המקום בדבר המפגע.
 5. לא עשיתם דבר ו/או לא עשיתם די על מנת למנוע את התאונה.
 6. לא דאגתם לספק לבאי המקום סביבה בטוחה.
 7. נהגתם בחוסר זהירות ובחוסר אכפתיות.
 8. לא נהגתם כפי שמחזיק מקרקעין סביר היה נוהג בנסיבות העניין.
 9. לא נהגתם כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.
 10. הפרתם את חובותיכן החקוקות בסעיפים 235, 249 (29) לפקודת העיריות (נוסח חדש).
4. מרשתי עקרת בית, מחמת התאונה ותוצאותיה נפגע פוטנציאל השתכרותה של מרשתי.
 5. בשים לב לאופי פגיעותיה, התקשתה מרשתי בהתניידות ונזקקה לשימוש במוניות והסעות מיוחדות.
 6. מחמת התאונה ותוצאותיה התקשתה מרשתי בניהול משק ביתה והיא נזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר.
 7. בנסיבות המתוארות לעיל, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובאלי בסך 35,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ
 8. נא עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

*רצ"ב יפוי כח חתום על ידי מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ליצ'ה 343729, מרחוב 206190729, ת.ז. מס' 206190729,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פדייברג ו/או 23 חלון להיות באי כוחי במשפט של
נגד 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.

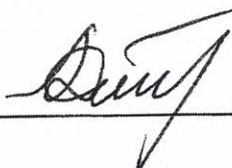
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 2 לחודש סיוון שנה 2020

X  חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

דמיטריב לדיה
מ. אדוארד
מ.ז.ז.: 58
30619072-9
31.07.18 ר"ד כירורגי
מיון כירורגי
מקרה: 10962771
מ.ר. וולפסון

מ.ר. וולפסון

תולדות עבר

מ.ר. וולפסון

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נירולוגית

מ.ר. וולפסון

מ.ר. וולפסון

אק"ג

תכנית טיפול:

דימום: ☒ צילום

תשובת הדמיה

☐ ליווי רפואי

☐ אחר

☐ US

☐ CT

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

9.5901

HEAD CONTUSION

אבחנות

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

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

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור



ת.ד. 5 חולון 58100, ISRAEL, 58100 P.O.B. 5
טל: 972-3-5028211, TEL: 972-3-5036408, פקס:

סודי רפואי

מעודכן ל: 31/07/18, 21:48

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10962771

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

דמיטריב לידיה

ת.ז.: 30619072-9	מין: נקבה	ת.לידה: 03/05/1960	גיל: 58 ש
שם האב: אדוארד	טל: 052-6562652	טל: 052-3441663	שם האם: אלנה
מצב משפחתי: ר + 2	קופ"ח: מכבי	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: ראש פנה 19, חולון, 5840142			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: נפילה, חבלה, חתך	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: דמיטריב לידיה, 30619072-9
תאריך קליטה במיון: 31/07/18	שעה: 18:23	
תאריך קליטה בבי"ח: 31/07/18	שעה: 18:23	
זמן בדיקת רופא: 31/07/18, 19:30		

אבחנות נוכחיות

924.11 - CONTUSION OF KNEE (LT)
959.01 - HEAD INJURY, UNSPECIFIED
mild laceration

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בת 58,
בריאה בד"כ ללא טיפול קבוע
מעדה ונחבלה בברך דמאל ופנים
ללא איבוד הכרה,
בבדיקתה - יציבה הימודנמית ונשימתית, סטורציה תקינה
GCS - 15
שפשוף בלחי מימין ללא דמם ומתחת לעפעף ימני.
צילום ברך שמאל -
נבדקה ע"י אורטופד-

היסטוריה רפואית ותולדות משפחה

ללא

בדיקות דימות

31/07/18	19:41	צילום ברך, צדי
31/07/18	19:41	צילום ברך, קדמי-אחורי

ייעוצים

סיכום ייעוצים

ביום קבלתה נפלה ונחבלה בברך שמאל ומרפק שמאל
ללא תלונות אורטופדיות נוספות.

בבדיקתה:

ברך במנח תקין, כיפוף עד 90 יישור מלא, ללא סימני תפליט, מבחן ווארוס/וואלגוס תקין, ללא רגישות בסדק מפרקי
מדיאלי/לטרלי.

פיקה רגישות קלה. שיפשוף יבש מעל פיקה

מנגנון יישור תקין

מרפק ללא דפורמציה, אודם חום נפיחות או סימני חבלה חיצוניים, טווחים מלאים
ללא חסר NV

בצילום:

ללא ממצא גרמי חריף.

המלצות :

- מנוחה 5 ימים

- מעקב רופא מטפל

- משככי כאבים לפי הצורך

- חבישה אלסטית מרופדת

- דריכה לפי יכולת

- קירור מקומי ב-24 שעות הקרובות לאחר הפציעה- יש להניח קרח דרך 4 שכבות

- בכל החמרה משמעותית בכאבים , נפיחות מתגברת משמעותית, חוסר תחושה או
נימול בבהונות או אחר לפנות למוקד רפואי זמין

דיון וסיכום הקבלה

בת 58

מעדה ונחבלה בפנים לחי מימין וברך שמאל .

בבדיקה 15 - GCS זוכרת פרטי אירוע.

בדיקה נוירולוגית תקינה, כוח גס שמור.

שפשוף בלחי ללא סימני דמם .

צילום ברך שמאל -
אורתופד -ראה ייעוץ.

מצב המטופל בשחרור ממיון

מרגישה בטוב, אינה כאובה
בבדקה ע"י אורתופד - ראה ייעוץ מצורף

תכנית טיפול והמלצות להמשך

* מעקב רופא מטופל
* משככי כאב לפי צורך
* ראה המלצות אורתופד
* בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא/ מיון

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שוחרר בליווי

חתימה

רופא: כבהא, מואמן

21:48 31/07/18

רופא מאשר: גזמאי, מוחמד

21:48 31/07/18

מספר רשיון: 1-130076

חתימה:

מספר רשיון: 1127480

חתימה:



סודי רפואי

מעודכן ל: 31/07/18

שעה: 23:32

מחלקה מיעצת: יעוץ-אאג

מנהל מח': דר. רוט

סיכום ייעוץ - יעוצים - אף אוזן גרון

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: דמיטריב לידיה ת"ז: 9-30619072 מקרה: 10962771 גיל: 58 ש מין: נקבה
כתובת: ראש פנה 19, חולון, 5840142
קופ"ח: מכבי

תאריך ייעוץ: 31/07/2018 שעת ייעוץ: 23:14

תאריך קבלה למחלקה: 31/07/2018

תאריך אשפוז: 31/07/2018

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: רפואה דחופה כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

יעוץ

שאלה מההזמנה

יעוץ

תוכן הייעוץ

בת 58, בריאה בדרך כלל, ללא רגישויות.

היום בשעה 16:45 נפלה: מעדה ברחוב ונחבלה בפניה מימין מבטונדה. ללא איבוד הכרה, ללא בחילה או הקאות. בבדיקה:

חתך עם שוליים קרובים בלחי ימין, גבה ימין. ללא דפורמציה, עצמות הפנים נמושו שלמות.

לוע: ללא לצרציות, לסתות יציבות. ידוע על שיניים מתנדנדות בחלל הפה. חולה אינה מעוניינת שאבדוק יציבות שיניים.

אף: שריטה עדינה על גשר האף. ללא סימני חבלה נוספים. ללא קרפטציות למישוש, ללא רגישות למישוש עצמות האף. ללא רושם לבלט עצם או מדרגה. אף: ללא ספטל המוטמה אוזנים: ללא המוטימפנום

צוואר: ללא רגישות למישוש

נוירולוגית: עצבים קרניאלים תקינים, מבחן אצבע אף שלילי, ללא קשיון עורף. רומברג שלילי

לסיכום: לצרציות בפנים מימין אשר הודבקו.
מומלץ:

שקילת מתן חיסון טטנוס כעת

1. להימנע מהרטבת האיזור 24 שעות

2. להימנע מחשיפת האיזור לשמש במשך חודש לפחות

3. בכל מקרה של עליית חום/ הפרשה מוגלתית/ כאיבם ונפיחות מקומית- לפנות בהקדם
לבדקית רופא

חתימה

שם היועץ: גרשנבל מילק, דפנה רישיון: 94788 תאריך: 31/07/18 שעה: 23:32







13



TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 02/08/2020 15:49
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	02/08 15:40
FAX NO./NAME	5027033
DURATION	00:08:59
PAGE(S)	17
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.8.20

19.4.20

- תלפון -

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
 בדואר

לכבוד
 עיריית חולון
 מרחוב חיים ויצמן 58
חולון

א.ג.ג.,

הנדון: לידיה דמיטריב, ת.ז. 306190729
תאונה מיום 31.7.18

נתבקשתי ע"י מרשתי לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

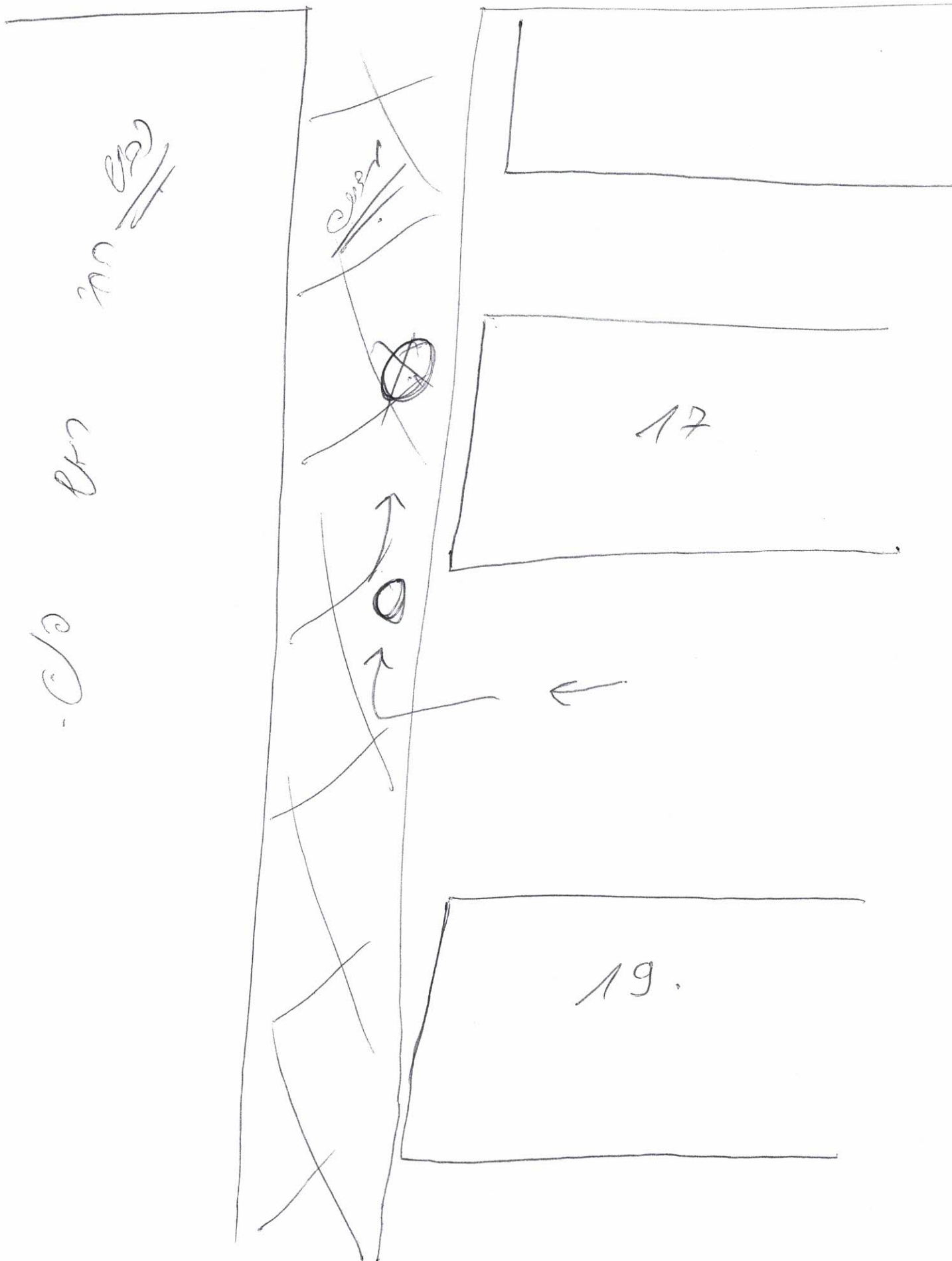
1. בתאריך 31.7.18, עת הלכה ברחוב ראש פינה, בסמוך לבניינים 17 – 19 בחולון, נתקלה מרשתי במפגע בדמות עמוד שבלט מן המדרכה והיא נפלה ונחבלה (להלן: "התאונה").

רצ"ב תמונת המפגע ומיקומו, מסומנים "1 - 2".

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי בבית החולים ולפסון שבחולון, שם אובחנו חבלות בחציו



13-000 30



13-000 30

13-000 30

13-000 30

17

19.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה שניידר שם פרטי דניאל
 תעודת זהות 3061909 מיקוד 33
 שם האב דוד טלפון 052652652 עיר תל אביב
 רחוב ד'אפריל

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 שלהן, 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X Dany

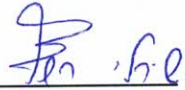
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה ש.ל. שם פרטי ל.ל. תעודת זהות 0237239 שם האב ל.ל.
 מס' 3 עיר ע"מ מיקוד _____ טלפון 054455406 רחוב מ"א 23

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: _____

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: ל.ל. X



19