

תאריך חתימת המסמך: 4.7.22

שרון חזן, ת"ז 24847932

התובע:

מרחוב טופס 20, אור יהודה
טל': 054-6120701

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 –

הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185

הנתבע:

מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלתי"ד

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 1.3.1970, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 90-481-53 (להלן: **"הרכב"**).
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב צילום רישיון נהיגה, תעודת ביטוח חובה ותמונות רכב מעורב, 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, ראש תחום תובלה כבדה בחברת החשמל, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, 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 06.10.2021, בשעה 17:40 או בסמוך לכך, בכביש 4 מאשדוד לכיוון אור יהודה, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 63-835-64 ומרשי נפגע ונחבל בגופו (להלן: **"התאונה"**).
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר מרשי לביתו בהמלצה למנוחה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
9. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב וביצוע בדיקות דימות.
10. בדיקת CT אשר בוצעה לטובה וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה בלט דיסק בגובה C6-C7 עם אפשרות של לחץ על השק התקאלי ולחץ בי- לטראלי על השורשים בגובה C5-C6.

11. התובע סיים סדרת טיפולי פיזיותרפיה ללא הטבה והופנה להמשך מעקב רפואי, המשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה בהתאם להתקפות כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנים "כנספח 2"

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקשיי הירדמות, מכאבים עזים וצורך בנטילת משככי כאבים נרוקטיים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע ראש תחום תובלה כבדה בחברת החשמל. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ישנו חשש בנוגע לתפקודו בעתיד ונגרמו לו הפסדי שכר.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. 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.

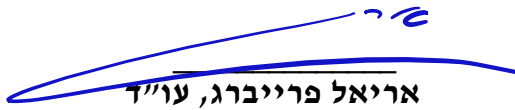
(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

18. 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)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות - נספח 1 (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תעודות רפואיות - נספח 2 (עמודים 13 עד 30)	13
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 4: נחתמו (עמודים 34 עד 37)	34

נספח 1 :

חבות - נספח 1

(עמודים 7 עד 11)

במציאות פנוי שלון חבדוק שיש לר ביטוח חובה של הפניקס

לביטוח חובה
במסגרת חבדוק

קוד מזהר 62-26085

039355715

מס' אסמכתא

הפניקס

אין להגיש תביעה ללא תשלום
במסגרת חבדוק
מס' 461-358977
במסגרת חבדוק
21:14 30/06/2021
ללא תשלום ותחמת הבנק -
אין תוקף לתעודת זו

520000472

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
(מ.ת.פ.ח.פ.)

מס' הסוכן

31774

חברת חבדוק

21-097-521-1060251

00

מס' הפוליסה

21-097-521-1060251

חברת החשמל לישראל בעמ

מס' חופה

35085

מס' רישוי

9048153

מס' שילוח

32508800

מס' קטן

2499

מס' קטן

2014

מס' קטן

1+4

תחילת הביטוח: המועד שבו חתמה תעודת זו בלוחית הבנק, אך לא לפני

תאריך הרכב לאורך ביטוח מסמך עד 3.6 טון

בני אדם הראשונים לנהוג ברכב

יום 30/06/2021

שעת הדפסה: 22:44

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

גוד כהן, מסי הסמכה 4081
קצין בטיחות בתעבורה
חברת החשמל לישראל בעמ
מס' 986.00



פקודת ביטוח רכב מועד (נוסח חדש) תש"ל-1970
תעודת ביטוח חובה

המחלקה חלק בלג נפרד מסמך זה לרשימת חובות
במסגרת חבדוק
מס' 461-358977
במסגרת חבדוק
21:14 30/06/2021
ללא תשלום ותחמת הבנק -
אין תוקף לתעודת זו

039355715

מס' אסמכתא

520000472

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
(מ.ת.פ.ח.פ.)

מס' הסוכן

31774

מס' הפוליסה

21-097-521-1060251

00

חברת חבדוק

21-097-521-1060251

חברת החשמל לישראל בעמ

מס' חופה

35085

מס' רישוי

9048153

מס' שילוח

32508800

מס' קטן

2499

מס' קטן

2014

מס' קטן

1+4

תחילת הביטוח: המועד שבו חתמה תעודת זו בלוחית הבנק, אך לא לפני

תאריך הרכב לאורך ביטוח מסמך עד 3.6 טון

בני אדם הראשונים לנהוג ברכב

יום 30/06/2021

שעת הדפסה: 22:44

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

מס' 986.00

שירות חדשני מהפניקס
תביעות - הוטיב המהיר
מסיימים כשבילך טיפול
בתביעה עד 10 ימים

הנתיב המהיר מקדם
את שירות הטיפול בתביעה
על בסיס 4 עקרונות מרכזיים:

- שירות מתקדם
- שירות מקצועי
- שירות באחריות
- שירות אקטיבי

הנתיב המהיר -
שביעות רצון ללא פשרות

אמנם זהו דבר חשוב מאוד, אך חשוב
הוא בהחלט לחברי הפוליסה שלנו

חייג למוקד הביטוח הפניקס
5070 * 24 שעות
במספר

הנתיב המהיר
הנתיב המהיר

א. גיל הנהג הצעיר ביותר
הנצפוי לנהוג ברכב הוא

17

ב. האדם הצעיר ביותר
הנצפוי לנהוג ברכב הוא:

נהג

ג. שנת קבלת רישיון
הנהיגה לרכב מסוג זה

בישראל של הנהג הצעיר

ביותר הנצפוי לנהוג

ברכב היא: 2021

ד. מספר התאונות
שהביאו לתביעות

בביטוח רכב חובה,

בשלוש השנים האחרונות,

של כל הנהגים הנצפויים

לנהוג ברכב הוא: 00

ה. מספר פסילות רישיון
בשלוש השנים האחרונות

של כל הנהגים הנצפויים

לנהוג ברכב הוא: 00

ב. ברכב קיימת מערכת

תרעה על אי שמירת

תחק (FCW): לא

רשיון נהיגה DRIVING LICENCE

מדינת ישראל STATE OF ISRAEL



חזן
1. HAZAN

שרון
2. SHARON

3. 01.03.1970

4a. 07.03.2018

4b. 01.03.2028

4d. 2090143

5. ID 024847832

7832

8. טופס 20 אור יהודה

השאלה והתשובה בדרכה ביעד 4000 ק"ג בישראל
השאלה והתשובה בכל מלגזה - הוראת מעבר
השאלה והתשובה לכל מכונה נסיעה

B

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 21
האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג
שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2017
מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
הצפויים לנהוג ברכב הוא.....: 0
מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא.....: 0
ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP).....: כן
ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
(FCW).....: לא
ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
(LDW).....: לא

בעלות הרכב פרטית
אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

העתק

פקודת ביטוח רכב תנעני (נוסח חדש) תש"ל סלפו (להלן - פקודת הביטוח) תא: 00130

תעודת ביטוח קולקטיבי: 8663

שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה ו/או סבילה מונה כחברת הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטוח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקובים - מספר זהות

סוג רכב: M1 - פרטי נפח מנוע: 1587 סמ"ק
סוג רכב לצורך ביטוח: M1 - פרטי

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין /או סבילה מונה	מספר זהות: 303702104	מספר תעודה: 50176857
כתובת: דובנוב 0 31	ראשון לציון	7521546
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/21	תאריך הוצאה: 29/12/20	שעת הוצאה: 13:39
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/21 (בחצות)		
מספר הרישוי: 6383564	מספר שלדה: UF8Y504013	היצרן: סיטראן SX C4)
מספר הסוכן: 328661	שם הסוכן: פלורס תעשיה אוירית	מספר הפוליסה: 25138956221
מספר הרכב: 04	ק.ד. 817600	1,6,7

האדם הרשום להג על פי סעיפים: 1	השמוש המותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7	ק.ד. 817600
(מחיר חלק אי ששל-גב תעודה זו)	(מחיר חלק אי ששל-גב תעודה זו)	
הערות:	הרכבות והגבלות:	הערות:
סכום דמי הביטוח לתשלום בש"ח	אין	2,006.00

תוקף הביטוח מונה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

החלק

שם המרשם: רוטמן סורין /או סבילה מונה	מספר זהות: 303702104	תא: 00130
כתובת: דובנוב 0 31	ראשון לציון	7521546
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/21	תאריך הוצאה: 29/12/20	שעת הוצאה: 13:39
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/21 (בחצות)		

מספר הרישוי: 6383564	היצרן: סיטראן SX C4)	מספר הפוליסה: 25138956221
מספר הסוכן: 328661	שם הסוכן: פלורס תעשיה אוירית	מספר תעודה: 50176857
הסכום לתשלום בש"ח	2,006.00	קוד מוטב 62-00622

האדם הרשום להג על פי סעיפים: 1	השמוש המותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7	קוד מוטב 62-00622
(מחיר חלק אי ששל-גב תעודה זו)	(מחיר חלק אי ששל-גב תעודה זו)	
הערות:	הרכבות והגבלות:	הערות:
סכום דמי הביטוח לתשלום בש"ח	אין	2,006.00



רישיון רכב

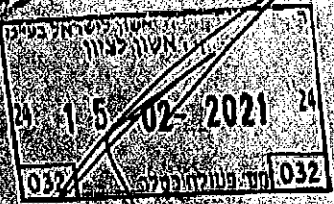


מספר רכב 6383564		סוג M1 פרטי נוסעים		בתוקף עד 18/02/2022	
בעלים רוטמן סבילה מונה		מספר זהות 30370211-2		תאריך בעלות 10/02/11	
מס' דובנוב 31 ראשון לציון 7521546		תאריך הופסה 04/12/20		בעלים מורחבים 01	
תאריך רישום 19/02/08		מספר שילדה VF7LGNFUF8Y504013		תוצר מנוע סיטרואן צרפת	
שם מקורי השכרה/החכר		דגם מנוע NFU		מספר מנוע 10FX7V3312279	
שנת ייצור 2008		צבע שחור		הנעה 4X2	
מקומות ישיבה למעט הנהג		חשקל עצמי 1199		רישיון נהיגה מתאים B	
סוג דלק בנזין		ווגירה אין		ב-135,366 20/02/2020 ק"מ	
צמיג קדמי 205/55R16					
צמיג אחורי 205/55R16					
משקל כולל 1794					
משקל מורשה 595					

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

בעלים נוספים:
רוטמן סורין

שותף 30370210-4		תוצר סיטרואן צרפת		דגם NFU	
סוג מסחרי C4		רמת ניקור SX		מס' רישום 00817-0482	
מספק (כ"ס)	בקרר	דרגת זיהום אוויר	כריות אוויר	ABS	אנט
110.00	כן	כן	6	כן	כן
תנאים הגבלות ומידע נוסף:					



רשומון יבוא 8301487/22

סכום לתשלום (ש"ח)
1074.00

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (מס' 1)
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בסוגלי
מידע על זכויות רישוי ואפשרויות ביקור/רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או בדיוקן

לשנות מסלול
במקרה טרידה
ניתן איתן ביקור
לפנות במסלול

רשיון נהיגה DRIVING LICENCE

מדינת ישראל STATE OF ISRAEL



רוטמן
1. ROTMAN

סורין
2. SORIN

3. 17.01.1955

18.01.2016

4b. 17.01.2025

6137615

5. ID 303702104

2104

8. חבנוכ 31 ראשון לציון

9. B

רשמי לנהיגה בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל
חייב להרכיב חשקפיה או עדשות מבע בנהיגה

נספח 2 :

תעודות רפואיות - נספח 2

(עמודים 13 עד 30)

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

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



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 00:49, 07/10/21

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11734372

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

חזן שרון

ת.ז.: 2484783-2	מין: זכר	ת.לידה: 01/03/1970	גיל: 51 ש
טל: 054-6120701	טל: 054-6120701	טל: 3-6024108	שם האם: עליזה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: משה
כתובת: טופז 20, אור יהודה, 6040541			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: חזן שרון,	2484783-2
תאריך קליטה במיון: 06/10/21	שעה: 19:50		
תאריך קליטה בב"ח: 06/10/21	שעה: 19:50		

אבחנות נוכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 51 בריא

לדבריו, בדרך חזרה מהעבודה, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אזורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר. כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות. כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני ורקמה רכה סביב החזרי פיקה תקינים, SLR שלילי דו"צ, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומי עמ"ש צווארי ומוטני- ללא עדות לשבר או פריקה

ALMOGL

00:49

07/10/2021

עמוד 1 מתוך 2

גרסה: 01

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכור כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1g עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/גב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. לוי, אלמוג

חתימה:

מספר רשיון: 39265

00:49 07/10/21

מרכז רפואי שניידר (מסך דחופה)
ד"ר אלמוג לוי
מחלקת דחופה
11/10/21



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך הדפסה: 07.10.21

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 11734372
מטבע: ILS

לכבוד: חזן שרון ת.ז.: 2484783-2
רחוב / מס: טופז 20
עיר / מיקוד: 6040541 אור יהודה
טלפון: 054-6120701

מספר ביקור: 11734372 תאריך קבלה: 06.10.21 יח' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות תאור	כמ' מחיר כיסוי % הנחה סה"כ
99283 ביקור במיון, תשלום גלובלי	1 989.00 100.00 0.00 989.00
L0962 בדיקה קלינית במיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
L0964 אגרת מיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, צדי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום דנט, מצומצם, דרך הפה	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72100 צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
סה"כ: 989.00	

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: חזן שרון
ת.ז.: 2484783-2 שכתובתי: 6040541 אור יהודה טופז 20
טלפון: 054-6120701 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לבית"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: חזן שרון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

ריבה רוזנטל



ט.ל.ח

עמוד: 1 מתוך 1

RIVAR

ד"ר אלה קלימינסקי
רפואת משפחה
29858
חיים ברלב, 10
03-7350400
03-7350401

רופא
רשיון
נת
יון
ס

07/10/2021 תאריך

מחוז: דן-פ"ת

מאה: גוה סביון - רופאים עצמאיים - אור יהודה

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

פרטי המטופל	חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	00-02484783-2	ז' מין	51.07	ת. לידה	01/03/1970	משה	שם האב
אור יהודה ישוב	טופז רחוב	מס בית	20	מס זהות	54	טלפון	6120701	טלפון נוסף	3	5338323
סוג תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	06/10/2021	גורם שולח	5758	מספר הפניה	035758121222	תז נבדק	24847832	רשיון רופא
מספר הפניה:	029858	מספר הפניה:	35758121222	קוד שירות	80015	קוד משה"ב	97001	פיזיותרפיה	אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	תיאור רפואי

לכבוד: פיזיותרפיה

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

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

25/07/2021 מתאריך 106.49 eGFR

בעיות פעילות	מ. גילוי	01/05/2006	01/01/1991	01/04/2013	01/04/2013
איפיון	mild				
בעיה	HYPERCHOLESTEROLEMIA				
	SMOKER				
	ACCIDENT/INJURY; NOS				
	knee trauma				

ד"ר קלימינסקי-אברבך אלה
מומחית רפואה פנימית
מנהלת מרפאת גירא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי
00-02484783-2

הפניה למכון פיזיותרפיה

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg

ממצאים קליניים היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות. ביקר בחדר מיון

שם הרופא	ד"ר אלה קלימינסקי	29858	מספר רשיון
חתימה וחתימת הרופא			

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

7 ר.ה.ו

הפניה למכון פיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

02484783-2 - 17 - דפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

חזן שרון

תאריך: 11/10/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	51.07	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
טופז	מס בית	20	-6120701	54	3
אור יהודה ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 06/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9223	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS	
9249	CONTUSION	neck

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

מיום 07/10/2021 עד יום 09/10/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

11/10/2021
תאריך מתן התעודה

11/10/2021
ת. הבדיקה

ד"ר אלה קלימינסקי

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



4389458



24847832

שירותי בריאות כללית

עותק שנשלח בדוא"ר

תאריך: 22/11/21

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5758 מרפאת נוה סביון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : 222 אסף הרופא לקביעת תור : 08-9779610

אישור הפניה לחדר מיון מס': 304389458

המבוטח : 0002484783-2 חזן שרון
רופא מפנה : 29858 קלימינסקי אלה
הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
הסיבה : תאונת עבודה

תאריך זימון: 06/10/21 האישור בתוקף עד לתאריך: 06/10/21

אברהם עדי

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שרי"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

בשעה ____:

הוזמן תור לתאריך ____/____/____

ט"ו-17

מחוז דן-פ"ת

תאריך: 30/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

חזן שרון

תולדה: 01/03/1970

שם האב: משה

מס' בית: 20

טלפון: 54 6120701

מס' זהות: 00024847832

גיל: 51.09

ז' 51.09

ישוב: אור יהודה

סופר

טלפון נוסף: 3 5338323

מספר הפניה:

31914000922

רשיון רופא



121495

חזן נבחר



24847832

מספר הפניה



031914000922

גורם שולח



1914

שירות שנבחר:

תאור רפואי

97001 פיזיותרפיה אבחון ובעיית תכנית טיפול מבוגרים

80015

שירות רפואי

80015

PAIN FINGER

הסיבות / סיבות הפניה: כאבים באצבע 3 כף יד שמאל קצה האצבע
ללא תכנה
שנה חודש
נסה NSAIDS ללא הטבה

היסטוריה מעילית

אפיזודות	אפיזודות	אפיזודות
01/05/2005	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/07/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT INJURY NOS
01/04/2013		knee trauma

חולדות עבר

אפיזודות	אפיזודות	אפיזודות
01/07/1991		SMOKER HEAVY
25/06/2021		SMOKER

תרופות קבועות

אפיזודות	אפיזודות	אפיזודות
1 טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	ביום
1 טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	ביום

ממצאים קליניים: ללא נפיחות או אודם אין פלג או פחיתות
תנועות אצבע תקינות אין סימני טנוסיטיס קלינית
US- הודגם טנוסיטיס פלקסורי קל

מטרת הבדיקה: טיפול מקומי לכף יד שמאל
לאצבע 3

121495

ד"ר זיו אסא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בכפי נציג השירות את מספר ההפניה ורשום מעלה

מחלקת אורתופדיה
מ.ה.ת. 1-39957
ד"ר זיו אסא
121495

חתימה וחותמת הרופא

23/01/2022 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

חזן שרון

שם משפחה ושם פרטי

00-02484783-2

ז' 51.11

01/03/1970

משה

שם האב

מס זהות

גיל

מין

ת לידה

5338323 - 3

5120701 - 54

20

סופר

אור יהודה

ישוב

רחוב

מס בית

טלפון

טלפון מסר

מס' המטה במכון הפיזיותרפיה 210492769 מספר זיהוי המטה 35758121222

תאריך הפניה 07/10/2021

סוג הביקורת לסדרה 1 וסמנת דרכים

לנכד הרופא המטפל מקצועי ד"ר אלה קלימנסקי

מחלקה מרפאת נוה סביון

מקצוע רופא כללי

אבחנה בהפניה

אבחנה

איפיון

קוד

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה לטיפול

אבחנה

קוד

8470

WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול 10/10/2021 תאריך סיום טיפול 23/01/2022

מס' ביקורת בפועל 11 פרסומי 11

שם אי התפנית לטיפול 3

רשימת כל הטיפולים

טיפול	כמות
אבחון ראשוני בדיקה של פיזיותרפיסט	1
טיפול עם מגשור זרמים	13
טיפול ב-Hot Pack	11
טיפול ברכמה רכה	11
סובלימציה והרגלים פסיכיים	10
הדרכה לתרגול בבית	1
הערכה מחודש בדיקה	4
הורשה מוסמכת לטיפול	1
תרגול כללי	3

סיכום טיפול

המסמך מכיל מי-21 וגו על-פי חוק הגנת הפרטיות***

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
 ת.ז.: 024847832, טלפון: 054 - 6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה
 גיל: 51/9, מין: ז', רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה.

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מותחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Brachioradialis	C5-C6
תקיין	תקיין	מלא	מלא	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
 קיימת עדות ללכידה אולנארית בינונית משמאל.
 הולכות עצביות תקינות.
 בבדיקת מחט ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
 מ.ר. 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
 יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תלפון: 03-7760100 תאריך הדפסה: 6 אפריל, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: חזן, שרון
תאריך בדיקה: 28/03/2022
כתובת: אור יהודה, טופז 0020
054 - 6120701 - 6120701 - 054 - 6120701 - 054 - 6120701
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: לב
רופא מפנה/מטפל: ד"ר חלאיקה מחמוד

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

לחלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמח שידרה צוארי בגובהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיהליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

סיבת התפנית: כאבים אחרי תאונה.

C1-C2-C3-C4-C5: תקינים.
C5-C6: פורמינל סטנוזיס דו-צדדית.
C6-C7: בלט דיסק אחורי מרכזי.
C7-D1: תקין.

בסיכום:
לחץ בי-לטרלי על השורשים בגובה C5-C6.
אפשרות של לחץ על השק התקאלי בגובה C6-C7.
לא הודגם שבר.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מהוך 1

22/03/2022 תאריך

מרפאה: קנאור-רופאים עצמאיים-אור יהודה מחוז: דן-פ"ת

הפניה לדימות

פרטי המטופל	00-02484783-2	52.01	ז	01/03/1970	משה
חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
אור יהודה	טופז	מס בית	מין	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	20	54	6120701	3 - 5338323

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856012680

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856012680

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמ"ש צוארי

שירות	קוד	שירות	קוד	שירות	קוד
רפואי	10304010	רפואי	10304010	רפואי	10304010
שירות	10304010	שירות	10304010	שירות	10304010

המטופל מתלונן על בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך המזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.

ממצאים עיקריים
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומוותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי

אבחנה	אבחנה	אבחנה
ACCIDENT/INJURY; NOS	אבחנה	אבחנה
BACKACHE	אבחנה	אבחנה

דף 1 מ 2

22/03/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

הפניה לדימות

חזן שרון

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

921981
לסולמא אסול
לונטטט טלאקט ל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא ד"ר מחמוד חלאיקה מספר רשיון 136738 חתימה וחוקת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

25/04/2022 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	משה	שם האב
00-02484783-2	52.02	01/03/1970	מין	ז	54	538323	3
טופז	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
אור יהודה	ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 06/10/2021

מספר הפניה: 35856013041

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856013041

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיותרפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מייד לאחר הפסקתן.

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

הפניה לפיזיותרפיה

חזן שרון

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG	1	טבליות	1	ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
 הליכה תקינה ללא צליעה
 רגישות צווארית ומותנית.
 הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
 תחושה שמורה
 הופמן שלילי
 ללא חסור ווסקלרי
 25/04/2022
 בדיקתו ללא שינוי

136738
 ד"ר מחמוד חלאיקה
 מספר רשיון

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

25/04/2022 תאריך

הפניה לרפואה יועצות

פרטי המטופל

חזן שרון	00-02484783-2	52.02	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
טופז	20	54	6120701	3	5338323
אור יהודה	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב				

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856013042

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856013042

תז נבדק



24847832

מספר רשיון



136738

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי.
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מייד לאחר הפסקתן.

136738
מספר רשיון
אורתופדי
ד"ר מחמוד חלאיקה

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצות

25/04/2022

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה

00-02484783-2

חזן שרון



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

גיל: 52.01 מין: ז

חזן שרון
ביקור עקב תאונת עבודה

מס' זהות: 00-02484783-2

ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

(ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB, ETORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M) 14)
למשך 10 ימים סה"כ 10 יח

טבליות 1 x1 ביום

תוקף מרשם: 21/06/2022 - 22/03/2022

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 5 ימים סה"כ 1 OP

קפליט 3 x1 ביום

תוקף מרשם: 21/06/2022 - 22/03/2022

מס' רישיון



136738

טלפון: 03-7353400

כתובת: שדרות אליהו סעדון 120

שם הרופא ד"ר מתמוד חלאיקה

תחום: אורתופדיה

חתימה וחותמת הרופא: ****נחתם דיגיטלית****

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס

(עמודים 32 עד 32)

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22 /

בבית משפט השלום
בבתי

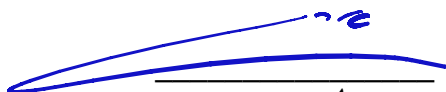
שרון חזן - נגד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, שרון חזן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

נחתמו

(עמודים 34 עד 37)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
150	171	02447832	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
576	4	מיקוד	

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: 1/7/22 עד לחתימה ומס' תעודת זהות: _____ חתימה: X _____

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ / 5n 11e
ת.ז. מס' _____ 2447832
מרחוב _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 6/10/21
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 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 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 1 לחודש 2 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרזוק
עמ' 175
מס' רישום: 32254
עורך דין: 32254



תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ 150/150 בעל ת.ז. 24847832 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב. לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אחיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה בואת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושתייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____

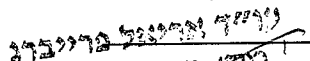
2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____

 _____
חתימה

אישור

אני הח"מ 150/150 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1/7/22
הופיעה בפני 150/150 (המוכרת לי באופן אישי שהזהרה בתעודת זהות מס
24847832 ולאחר שהוזהרתי כי עליה להצהיר את האמת וכי אם לא תעשה
תעשה כן יהא/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישרה את נכונות תצהירה).


חתימת עובדת
62254