

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

12.7.22

מ.ל.ב.
בפקס

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות פקס ודוא"ל

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 27/3/22 מס' רכב: 92-201-01
הנפגע: צדוק יל, ת.ז. 23689649

הנני מייצג את מרשי הנפגע שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 27.3.22 נפגע מרשי כתוצאה מרכב, מסוג אוטובוס, הנושא מספר רישוי 92-201-01 ומבוטח על ידכם.

*רצ"ב אישור משטרה.

2. לאחר התאונה הובהל מרשי באמצעות אמבולנס רפאל לבית החולים שיבא בתל השומר.

*רצ"ב דו"ח פינוי, שובר תשלום וסיכום אשפוז.

3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהסדרת התשלום בגין הפינוי כאמור.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב וב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא: 178695/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק: ג
תאריך: 26/04/2022, כ"ה ניסן תשפ"ב, 11:30

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת: אמצ' 2, תל אביב
טלפון: 03-6802222
פקס: 03-6803607
דואל: bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

13:00

בשעה

27/03/2022

1. תאריך
התאונה:

2. מקום התאונה:

בני ברק הרב ש"ך בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	9220101	סוג רכב	אוטובוס צבורי עירוני	תוצר רכב	מ א גרמניה
חברת ביטוח	הראל	מספר פוליסה	5031133893/21	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	39949680	אבו רוקן חוסאם	27/04/1983	עספיה, רח 42 5		

4. פרטי הולכי רגל:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	23689649	יל צדוק	30/06/1968	אור יהודה, סמטת במעלה 7	שיבא - תל השומר	קלה

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים:	1	מצב התיק:	בחקירה	מתאריך:	26/04/2022
--------------	---	-----------	--------	---------	------------

פרטי המטפל בתיק

מ"א	1117902	שם משפחה	אלבז	שם פרטי	תהל
-----	---------	----------	------	---------	-----

פרטי השוטר המוסר

מ"א	980987	שם משפחה	פרס	שם פרטי	איגור
-----	--------	----------	-----	---------	-------

דרגה

רסב

חתימה

26/04/2022 11:30

שם היחידה:

4138-V

אמבולנס רפאל

אמבולנס רפאל



רח' אליהו סעדון 122 אור יהודה ת.ד 773 טל: 054-4943757 079 03-9509390
 שיחת חנינם 1800-353-101 | Email: amb.rafael@gmail.com

מקור

דו"ח על חולה / נפגע באמבולנס מס' 1090

שעת קבלת מקרה 12:43 ושעת פינוי 13:00 תאריך: 27/03/22

מס' חשבונית / קבלה / התחייבות / התחייבות דואר 883 קוד מבצע משמרת ל / ע / 5

פרטים אישיים של החולה / הנפגע מקום הארוע דגל הרליס

שם משפחה ו שם פרטי 373 גיל 53 מיקום מס' זהות 023689649

כתובת החולה / הנפגע סג'ת דמעה ד אור יהודה כתובת הארוע ר' עקיבא פתחיה סק 22

מספר טלפון להתקשרות 0547237024 קופ"ח בה החולה / הנפגע מבוטח מכבי

מספרי הרישוי של כלי רכב המעורבים בתאונת דרכים 9220101 חזרת 28 קו 28 מס' אירוע 3371

קוד הזנקה וקוד רפואי של המקרה	הטיפול שניתן ע"י הצוות	אופן ההעברה
קוד ההזנקה כפי שנירשם בקריאה- תלונה עיקרית תאונת דרכים	שאיבה שיחרור דרכי אויר	הזמנת נט"ן / אט"ן-כן / לא
הקוד הרפואי של המקרה כפי שנמצא ע"י החובש- תאונת דרכים	העשרה בחמצן	חבירה כן/לא
גורם הארוע	הנשמה	החולה הנפגע לא פונה
סימנים חיוניים (הקף בעייגול או ציין)	עיסוי לב	יעד הפינוי תחנת משטרה
חום 98	דפירבילציה	באמבולנס רגיל
צבע עור אחר	עצירת שט"ד	בנט"ן/אט"ן
הכרה- מלאה	עירוי	אחר
נשימה- נשום	קיבוע ראש	הגשת עזרה ע"י רופא
דופק- 20	חבישה / קיבוע	שם הרופא
נשימה בדקה 20	קבלת לידה	מס' רישיון
	חילוץ	
	טיפול תרופתי	
	אחר	

בניגוד להנחיות צוות "אמבולנס רפאל" מסדב/ת החולה הנפגע/ת להתפנות

הערות: גויאט א/חזר הצלה הוצגו זהב/טל תאונת דרכים בין הולק
 רג' אולאס אסעת הנפגע חג' לתנה דמרכה והאלאס נצמז אסעז דל
 כחש דמרכה מלאה א/חזר הכרה א/חזר דחילת א/חזר דחילת דחילת
 דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת
 דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת
 דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת דחילת

שמות אנשי הצוות: נהג/חובש מנחם פארמדיק יצחק ז. יחוס/אחר

1. לבן-לביה"ח המקבל 2. צהוב למעקב

להזמנות חייג
1-800-353-101

054-4943757

24 שעות ביממה

אמבולנס רפאל

רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

עוסק מורשה מס' 306733338

לייזר תשלום-כתב התחייבות / חשבון מס' 0883

שם הנזק: מנחם שעה: 13:30 תאריך: 22/03/2022
קוד מבצעי: 322
נזק: הסמך ☐ טיפול ☐ תאונות דרכים ☒ הרמה ☐ שירות שניתן ☐
העברה מרז' ☐ אל ☐ הסמך ☐ נוכחות באירוע ☐
סכום: 700 ש"ח במילים: שבע מאות

פרטי הלקוח: 3306 שם: מנחם 23689649 02 3689649 0543078844 טלפון:
כתובת החולה: מנחם 7 אור יהודה

פרטי המזמיין: 3306 שם: מנחם 23689649 02 3689649 0547237024 טלפון:
כתובת האירוע: מנחם 7 אור יהודה 322 02 3689649 0547237024 טלפון:

שטר חוב: 27 03 2022 שנה: 27 03 2022 חודש: 27 03 2022 יום:
אני הח"מ: 3306 23689649 02 3689649 0547237024 טלפון:
לשלם לאמבולנס רפאל סך של (במילים): 700 ש"ח

חתימת שירות ע"י אמבולנס רפאל ל:
האמבולנס הנסיעה דלעיל, אם לא שלם סכום זה תוך 30 יום מהיום, יתווספו אליו ריבית והפרשי
הצמדה כדיו וכל הוצאה שתהיה לאמבולנס רפאל לצורך נכית החוב במלואו, הריני מפקיד בידי
האמבולנס רפאל שטר חוב זה החתום על ידי ומתחייב לפרוע את שטר החוב במקרה ומכל סיבה
שהיא לא ישולם במלואו הסכום עבור השרות הנ"ל הריני פוטר את האמבולנס רפאל מכל חובות
המוטלות על מחזיק בשטר לרבות חובת הצגת שטר החוב לפרעון.
לאחר ביצוע התשלום מומלץ לפנות לקופ"ח
בה הנך חבר לבירור זכאותך להחזר כספי.
בהתאם לסל השירותים בקופה
ניתן לשלם בכרטיס אשראי טלפוני 054-4943757 חתימת עושה השטר

חתימת עושה השטר

להזמנות חייג
1-800-353-101
054-4943757
24 שעות ביממה
רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

שם החולה: מנחם 7 אור יהודה 322 02 3689649 0547237024 טלפון:
כתובת החולה: מנחם 7 אור יהודה 322 02 3689649 0547237024 טלפון:
קוד מוטב: 62-49510

הודעת זיכוי מס' 0883
התשלום במזומן בלבד
בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)
הסכום לתשלום: 700 ש"ח
הסכום במילים: שבע מאות

חתימת הבנק

חתימת הבנק



רח' אליהו סעדון 122 אור יהודה ת.ד. 773 טל: 054-4943757 פקס: 03-9509390
 שיתת חינם 1800-353-101 | Email: amb.rafael@gmail.com

מקור

דו"ח על חולה / נפגע באמבולנס מס' 1090

שעת קבלת מקרה 12:43 ושעת פינוי 13:00 תאריך: 27/03/22

מס' חשבונית / קבלה / התחייבות / דואר 883 קוד מבצע _____ משמרת ל / ע (פ)

פרטים אישיים של החולה / הנפגע מקום הארוע מדינת הרצח

שם משפחה: ר שם פרטי: 133 גיל: 53 מיקום: מס' זהות 023689649

כתובת החולה / הנפגע סיגל דמארה 7 אור יחזרה ר' עקיבא פנח וויז סק 22 כתובת הארוע

מספר טלפון להתקשרות 0547237024 קופ"ח בה החולה / הנפגע מבוטח יחז

סמ נהג: אלו יוקן חוסאס / מם אישי טהג: 109703
מספרי הרישוי של כלי רכב המעורבים בתאונת דרכים
חזרת 28 קו 101 9220101
אירוע 3371

קוד הזנקה וקוד רפואי של המקרה

קוד ההזנקה כפי שגורשם בקריאה-
תלונה עיקרית תלונה זרעים

הקוד הרפואי של המקרה כפי שנמצא ע"י החובש-
תאור המקרה תלונה זרעים

גורם הארוע

סימנים חיוניים (הקף בעיגול או ציין)

חום 98 סיטורציה 98 סוכר

צבע עור אחר

הכרה- מלאה / מערפלת / ללא הכרה

נשימה- נשום / קשיי נשימה / לא נושם

דופק- 20 / 80 / 150/80

נשימה בדקה דופק בדקה לחץ דם

בניגוד להנחיות צוות "אמבולנס רפאל" מסרב/ת החולה הנפגע/ת להתפנות

העדות קריאה של איחוד הצלה הוצגו בהצגה זיהוי של תאונות ברכים בין היום
למאורעות הנפגעים אשר לתורה במדבריה והאלוהים נצמד ופגש בו
בראש דבריה מלאה של איחוד הצלה הכרה של דחיות או הקלות של פיאמליס דדוקה
יצורים נשמה רחוקה מהם התפנתו איתם שליו הנה האור בוא
הפיוני של פיונים מסיים ~~הוא~~ שהאלוהים עשה
מכך נפגש בראש וצוואר

שמות אנשי הצוות:

מנחם	יצחק ז.	יהושע א.
נהג/חובש	חובש מלווה	אחר
פארמדיק		

1. לבן-לביה"ח המקבל
2. צהוב למעקב

להזמנות חייג
1-800-353-101

054-4943757

24 שעות ביממה

אמבולנס רפאל

רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

עוסק מורשה מס' 306733338

לייזר תשלום-כתב התחייבות / חשבון מס' 0883

שם הנזק: מנחם שעה: 13:30 תאריך: 27.03.22
☐ טיפול ☒ תאונות דרכים ☐ הרמה ☐ נזק
☐ העברה מרדו ☐ נזק ☐ אל ☐ תל ☐ הסמך ☐ קיון
 סכום: 700- ש"ח במילים: שבע מאות 328

פרטי הלקוח: 0543078844 שם: צדוק
 כתובת החולה: 023689649 23689649 7 אור יהודה

פרטי המזמיין: 0547237024 023689649 צדוק
 כתובת האירוע: רז' עקידה יונה הרד שק לפי זרק
 מיקוד: 0547237024 ישוב: 023689649 מס' בית: 023689649 רחוב: צדוק

שטר חוב קנועך ביום 27 חודש 03 שנה 2022
 אני הח"מ צדוק ת.ז. 23689649 מתחייב בזאת
 לשלם לאמבולנס רפאל סך של (במילים): 700- ש"ח
 (ש"ח 700-)

חתימת שירותן ע"י אמבולנס רפאל ל:
 למען השלמות הדיון, אם לא אשלם סכום זה תוך 30 יום מהיום, יתווספו אליו ריבית והפרשי
 חשבון וכל הוצאה שתהיה לאמבולנס רפאל לצורך נכית החוב במלואו. הריני מפקיד בידי
 אמבולנס רפאל שטר חוב זה החתום על ידי ומתחייב לפרוע את שטר החוב במקרה ומכל סיבה
 שהוא לא ישולם במלואו הסכום עבור השרות הנ"ל הריני פוטר את האמבולנס רפאל מכל חובות
 המוטלות על מחזיק בשטר לרבות חובת הצגת שטר החוב לפרעון.
 לאחר ביצוע התשלום מומלץ לפנות לקופ"ח
 בה הנך חבר לבירור זכאותך להחזר כספי.
 בהתאם לסל השירותים בקופה
 ניתן לשלם בכרטיס אשראי טלפוני 054-4943757 חתימת עושה השטר

להזמנות חייג
1-800-353-101
054-4943757
24 שעות ביממה
 רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

שם החולה: צדוק ת.ז. 23689649
 כתובת החולה: 7 אור יהודה
 קוד מוטב: 62-49510

הודעת זיכוי מס' 0883
 הסכום לתשלום: 700- ש"ח
 הסכום במילים: 700- ש"ח
 חתמת הבנק: צדוק

054-4943757 03-9139888 6040307 25352838 62-49510 0883

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907
מספר קבלה: 02270127032022
תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

אבחנות מסכמות

- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)
- Head and neck injury [trauma, cervical] (959.01)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION (401.9)
- HYPERLIPIDEMIA (272.4)
- OBESITY (278.00)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

ASPIRIN tab 100mg P.O	100 mg	1 X 1	ביום
TRITACE cap 5mg P.O	5 mg	1 X 1	ביום

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בן 54 מתאר כי קיבל מכה בראש מאוטובוס. לא ברור האם איבוד הכרה. כעת כאבי ראש. נוטל אספירין רקע סכרת

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' ענתבי רועי מ.ר. 158947 27/03/2022 15:11
בן 54 ברקע סכרת, יל"ד, דיסליפדמיה נוטל אספירין היום בשעה 12:00 כהולך רגל נפגעה בראשו מאוטובוס (לפי הנהג נפגע מהמראה של האוטובוס) מתאר אירוע של ספק אובדן הכרה ללא הקאות, טוען כי ישנו טשטוש ראייה לפי משפחה היה מבולבל סביב האירוע כעת מלין על כאב ראש וכאב מפושט בגב ובכתפיים בבדיקה עירני, חיוני, מניע 4 גפיים ללא חסר נוירולוגי גס. מתמצא ומדבר לעניין עצבים קרניאלים שנבדקו שמורים GAIT תקין רגישות פראורטברלית בעמוד שדרה צווארי, ללא רגישות על פני עמוד השדרה CT - ללא עדות לדימום תוך גולגולתי אקוטי או שבר חריף. לסיכום, רושם לחבלת ראש בקינמטיקה יחסית נמוכה בעוצמתה, בהדמייה מתקדמת ללא רושם לדימום פעיל, בדיקה נוירולוגית תקינה באישור ד"ר קייזר משתחרר עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
------------	------	----------	-------

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דר' ענתבי רועי מ.ר. 158947 המשך מעקב רופא מטפל

27/03/2022

המשך טיפול רפואי קבוע

15:11

בכל מקרה של החמרה בכאבי ראש, טשטוש ראייה שמפריע בביצוע פעולות יומיומיות, שינוי במצב ההכרה (בלבול חדש) הקאות מרובות- יש לפנות לבדיקת רופא בהקדם
3 ימי מחלה

303033369

27/03/2022 15:11:55

DocuSign

נחתם ע"י: דר' ענתבי רועי מ.ר. 158947

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907

מספר קבלה: 02270127032022

תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מוח לשלילת דימום מוחי CT 27/03/2022:

פרטי הבדיקה- תאריך: 27/03/2022 מספר: 4015010999691

CT מוח לשלילת דימום מוחי

הפניה: בן 54, חבלת ראש.

טכניקה:

סריקת מוח ללא הזרקת חומר ניגוד.

בהשוואה לבדיקה מתאריך 11/3/2011.

ממצאים:

ללא עדות לדימום תוך גולגולתי חריף. ללא עדות לאוטם קורטיקלי חד.
מרווח פרי-ווסקולרי בולט בחלק אנפריורי של גרעיני הבסיס משמאל, וריאנט אנטומי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
מוקד היפודנסי בקורונה רדיאטה משמאל, אינו ספציפי (2-50)
חדרים, חריצים וציסטרנות בגדר הנורמה.
גומה אחורית ללא ממצא חד.
מעבר קרניו-צרוויקאלי חופשי.
סינוסים פארא-נזלים, תאי מסטואיד וחללי אוזן תיכונה מאווררים. ציסטות רטנציה קטנות במקסילרי ימני.
ללא עדות לשבר חריף.

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907

מספר קבלה: 02270127032022

תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ללא התראה על דימום בתוכנת AIDOC.

לסיכום:

ללא עדות לדימום תוך גולגולתי אקוטי או שבר חריף.

-

מספר רשיון: 138655

פוענח על-ידי: ד"ר תאמר סובח

תאריך אשור:

מספר רשיון: 35201

אושר על-ידי: ד"ר מיכל שרון
27/3/2022

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>סמית רחל</u>	שם פרטי <u>דן</u>	תעודת זהות <u>2309649</u>	שם האב _____
רחוב _____	מס' <u>7</u>	עיר <u>אשדוד</u>	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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 אף 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' ת.ז. 62254 חתימה: עו"ד אריאל פרייבנדג X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 23/9/49, מרחוב סימטת בנאי, 7, 1/6 י"ר ג
ת.ז. מס' 2368949, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי, במשפט של
נגד 27/3/22 בענין תאונת דרכים מיום 27/3/22
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 ז שנה 22

חתימה: X 133

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פריינברג
מס' 62254~~