

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

28.7.22

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון: תאונה מיום 4.8.21
מס' רכב: 61-673-65
הנפגעת: קורל פדלון, ת.ז. 322439985

הנני מייצג את מרשתי הנפגעת שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 4/8/21 בשעה 16:20, או בסמוך לכך, בכביש 461, היה הרכב שבנדון מעורב בתאונה ומרשתי נחבלה בגופה (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה ותעודת ביטוח חובה מסומנים "1 - 2".

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובזרוע ימין. לאחר ביצוע מספר בדיקות על מנת לשלול שברים, שוחררה מרשתי בהמלצה לנטילת משככי כאבים, מנוחה והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "3".

3. מרשתי המשיכה במעקב במסגרת קופת החולים, והופנתה להמשך מעקב רפואי, המשך נטילת משככי כאבים ומנוחה.

4. כן, לנוכח הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב כמו גם כתף וזרוע ימין, הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וביצוע תרגילים לחיזוק השרירים ובדיקת הדמיה לאיתור תהליך דלקתי בתר חבלתי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומן "3 – 4".

5. מאז התאונה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות כתף ימין, הצוואר והגב, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בישיבה, הליכה ועמידה ממושכות, קושי בביצוע תפקודים ידניים, קושי בביצוע תפקודים יום יומיים היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותיזקק להם גם בעתיד.

6. במועד התאונה הייתה מרשתי קופאית ברשת רמי לוי, עבודה הכרוכה בישיבה ממושכת ובביצוע פעולות ידניות, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה לא התאפשר למרשתי לשוב לעבודתה ועבודתה הופסקה.

7. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, מתקשה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

8. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, מתקשה מרשתי בניידות ובהגעה ממקום למקום, היא נזקקת להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות ותיזקק להוצאות בגין נסיעות גם בעתיד.

9. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 80,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

10. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	תחנת פתח תקווה שרון	מספר תיק פלא	2021	526864 /
תאריך	05/08/2021 כ"ז אב תשפ"א	סיווג תיק	ת.ד.	כללי
מס' תיק מסוף	9 - 2021 - 8811 - 5130	מס' מסמך בתיק	ב	
טלפון	03-9393444	פקס	03-6803807	
כתובת	שטמפפר 53, פתח תקווה			
נושא המסמך				

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 04/08/2021 בשעה 16:20
2. מקום התאונה: קואורדינטות: 34.87346 - 32.03268 בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	6167365	סוג רכב	פרטי נוסעים	פרטי הרכב:
חברת ביטוח	הפניקס הישראלי	מספר פוליסה	21075540191550100	תוצר רכב
שיוך המעורב	(1) נהג	שם	מוריס ברכב:	סוג לוחית
כתובת	פתח תקווה, שטמפפר יהושע 65	קורל פדלון	קופ"ח / בית חולים	ישראלית
כתובת		מוקד טרם בני ברק		
מספר רכב	ללא מספר	סוג רכב	פרטי הרכב:	תוצר רכב
חברת ביטוח	לא הוצג	מספר פוליסה		סוג לוחית
שיוך המעורב	(1) נהג	שם	מוריס ברכב:	ישראלית
כתובת		קופ"ח / בית חולים		סוג לוחית
כתובת		מוקד טרם בני ברק		ישראלית

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 05/08/2021

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
גל	פולישוק	1078526

פרטי השוטר המוסר

שם פרטי	שם משפחה	דרגה
גל	פולישוק	רסמ



ביטוח חובה של הפניקס - כשזה חשוב לך זה חשוב לנו

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 בעת"ם 5345433

07/2020 ירה

מסמך מעורבות חתום
דיגיטלי ומאושר
על ידי גורם מאשר

המעורבות בביטוח

מס' רישוי
יצרן/דגם
סוג הרכב
חברת ביטוח
שם סוכן הביטוח
טל' סוכן הביטוח
מס' פוליסה
שם בעל הרכב
טל' בעל הרכב
שם הנהג
מס' רישון הנהג
גיל הנהג
ת.ז. הנהג
כתובתו
טלפון (ב)
טלפון נייד
טלפון (ע)
את הפרטים ניתן להשיג מחוק המסמכים של הרכב

- חלק א' - פוליסה לביטוח רכב חובה
(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מונעי [נוסח חדש], תשל"ל - 1970)
- מטרות השימוש המותרות
- א) תחבת המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
 - מטרות ברתות, פריטיות או בנסות עסקיות של המבטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
 - מטרות עסקיות של מבין נהגיה מטעם רשות הרשימה (רשמי) ומטרות עסקיות של הוראת הנהג, שאינן מטרות עסקיות של הנהגיה לפי תקנה 213א לחוק התעבורה, ובלבד שמטרות אלה ציניו בלישורש בתעודת הביטוח;
 - מטרות עסקיות של הפעלת מסעיהם לרכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמסע צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
 - מטרות עסקיות של חילוף או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמסע צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
 - ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס תמורה שכירה אם המשיכי השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מכירה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "תמורה שכירה" - לעצם תמורה לסיני-תפעולי או תמורה מקה-אנב-שכירה (לסיניג מימני).
 - ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורתי שניתן עליו רישון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קצויר או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שההוראה לפי סעיף (2) לתקן הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - תקן הנהיגה הספורטיבית), ואזהרה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מנועי של מרחק כלי רכב שנעשה בדידור להוראות לפי תקן הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", "רקע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ורישון כלי תחבורה" - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק המנוע.
 - ד) בני האדם הרשאים לנהוג ברכב
 - רק בעל הפוליסה, בעל הורש, ומחזיק ברכב כדן וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מוסר רשאים לנהוג ברכב;
 - על אף האמור בסעיף קטן (א), ורקע בתעודת ביטוח שהוציאה לאפסות או לרכב המבטח "מנועי" כרשון הרכב, כי חבות המבטח תכסה הנהג ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
 - נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.
- חלק ב' - פוליסה לביטוח סחר - רכב חובה
(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מונעי [נוסח חדש], תשל"ל - 1970)
- מטרות השימוש המותרות
- חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח וימש הרכב את המבטח לשם סחר ברכב, בדקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או כהיגה, או לרבות לשם העברתו לצורך אחר מהשימושים האמורים.
- בני האדם הרשאים לנהוג ברכב
- רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדן והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב, בכפוף להוראות סעיף (א) להלן.
- הרחבות והגבלות
- א) אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:
- שימוש ברכב למטרות פריטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או כהיגה לרבות לשם העברתו לצורך אחר מהשימושים אלה, שאינן מטרות עסקיות מאלה;
 - הוראת הנהג;
 - הטעת נסיעה ברכב, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת;
 - חילוף או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
- ב) נהיגה ברכב בידי מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדן או הנהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר לפחות אחר מהם נמצא ברכב;
- ג) שימוש ברכב ממעי הנהיגה במשך הרשוי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.
- ד) הגבלה לאפסות.
- חבות המבטח לפי פוליסה זו תהא לשימוש באפסות בלבד, רק אם הגבלה כאמור צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

פקודת ביטוח רכב מונעי [נוסח חדש], תשל"ל-1970
תעודת ביטוח חובה

המחווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח חובה

שולם
באמצעות בנק המזרחי
461-3 589 77
חתימה
9:57 4/01/2021
הפניקס חברה לביטוח בע"מ

שים לב: מסיבת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה, או להקנות
למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מס' אסמכתא

הפניקס

מס' זיהוי של בעל הפוליסה 322439985
(ט.ז.נ.ר.ח.א.נ.ר.)

מס' הפוליסה 21-075-340-1915507/00
שם הסוכן שיר סוכנות ל

מס' הסוכן 90858

כתובת בעל הפוליסה

שם המפרס יהושע 65 פתח תקווה 49290

שבת יצור/מועד מס' 1+4
עלייה לכביש 2008
סמ' קטן 1598
מס' רישון 31/12/2021
מס' רישון 4/01/2021

סוג הרכב M1
התאם לרישון 2Z5-01752329
מס' רישון 6167365



א) (1) מנשר (ים) כי הפוליסה שתעדה זו
שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 בעת"ם 53454

0100000913-0002

07/2020 מהדורה

9:57 04/01/2021

01 ושעה הרדסה

סה"כ 2575.00
דמי ביטוח



שירות חדשני מהפניקס
בתביעות - "הנתיב
המהיר", מסיימים
כשבילך טיפול בתביעה
עד 10 ימים.

מיסוי המסמכים נכלל במחיר המבטח
יחד עם התאם לתנאי הפוליסה וסנייה

חייג למרכז תביעות הפניקס

***5070**

24 שעות ביממה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם משפחה <u>ירדן</u>	שם פרטי <u>קורן</u>	תעודת זהות <u>322439985</u>	שם האב _____	
רחוב <u>65</u>	מס' <u>65</u>	עיר <u>נתניה</u>	מיקוד _____	טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'	
שם קופי"ח: _____	סניף: _____
שם המוסד: _____	מס' חבר: _____
רופאים: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצח"ל: _____ שם קופי"ח קודמת: _____

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

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

יפוי כח
הריני מייבא את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ק"ח רחל מס' 22439985, מרחוב בגדאד רחוב 65,
 ת.ז. מס' 4.9.21 להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו 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 הנובע 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 דעתי 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 פסי"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, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתעיל 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 _____ י' _____ לחודש _____ י" _____ שנה _____ 21

חתימה: _____ X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

עודד דין

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
 לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
 www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים	תיק מס': 153756	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 928412	תאריך ביקור Date 19:17 04/08/2021
-----------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	---

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר סלים סמארה	שם: Name: קורל פדלון תז: ID: 322439985	א לשתיף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם עקב תקין ופה: כללית
--	---	--

סיכום הביקור:

Diagnosis אבחנה

Traffic Accident, Musculoskeletal Symptoms

Pulse: 104, BP: 135/85 (other vitals may be on scanned chart) , Repeat Pulse was: 99

Age: 20 years 9 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Twist, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Staight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

יסטוריה / אנמנזה רפואית:

היא מעורבת בתאונת דרכים ביממת קבלתה בחזרתה מעבודה, מנגנון קדמי, אחרונה בתאונת שרשרת, כריות אוויר לא נפתחו, שמשות לא שברו, הקאה בודדת כשעה וחצי לאחר מכן, כעת מלינה על כאבים ביד ימין לכל אורכה, כאב ראש, סחרחורת, כאבי צוואר וגב תחתון.

דיקה גופנית:

אובה

ושאת משרל על שתי רגליה, צהולכת בתנית אנטלגית

נביעה צוואר מ במעגבלה קלה

גישות פראספיוולית לאורך עמוד שדרה צווארי וגבי

דיקה ניורולוגית עמוד שדרה:

תף ימין -ללא סימני חבלה, רגישות קדמת כתף, תנועה מוגבלת אנטלגית.

CORONA : Did NOT have Corona, No fever over 38, was NOT vaccinated twice, No SOB, Vaccination NOT in the past Month, No cough, NOT in quarantine. No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive

נהלך וזין:

הזדמיה - ללא עדות לנזק גרמי חריף.

יטא שלילי

שחתחררת לביתה

גנוחה בבית

וגדי כאבים לפי צורך

ימם ועיסוי מקומי

ופעלה לפי סף כאב

יקורת אורטופד בקצפת חולים בעוד שבוע ימים במידה ואין שיפור בכאבים

החמרה לפנות לרופא

ש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Urinalysis, BetaHCG

ילומים שבוצעו:

מוד שדרה גבי <<<

יתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com ש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg, Sling
* B-HCG: NEGATIVE

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

נבדקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול. הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שייתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו. הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנא הקפד למלא אחר הוראות הרופא יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציין להוראות הרופא, ובאותו זמן להיזהר עירני להתפתחויות. במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחנת כסובל ממתיחה של שריר. מצב זה נובע ממתיחת יתר של שריר עד ליצירת קרעים מיקרוסקופיים בסיבי השריר. בדרך כלל החלמה ממצב זה נמשכת כשבוע עד שבועיים. ניתן להקל על התסמינים בדרכים הבאות:

- במהלך 24 השעות הראשונות יש להניח קרח בשקית ניילון עטופה במגבת על אזור הכאב למשך 10 דקות בכל שעה.
- יש לאפשר מנוחה של השריר הפגוע למשך מספר ימים.
- ניתן לחבוש את האזור הכואב בעזרת תחבושת אלסטית.
- יש להניח את התחבושת בצורה מייטבית- מתוחה מספיק על מנת לספק תמיכה טובה, אך לא מתוחה מדי, דבר העלול לגרום להפרעה באספקת הדם לאזור ולתחושת נימול.
- יש להסיר את התחבושת לפחות פעם ביום.

יש לפנות לרופא המטפל בקופת חולים במידה והכאב מחמיר או שמתפתחת נפיחות באזור הכואב. יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב בלתי נסבל או אם מתפתח חום גבוה מ 38 מעלות.

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. סלים סמארה מ.ר. 125576

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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

כרטיס

תחום: מספר רישון
 כתובת: פלמ"ח 5 בני ברק
 טלפון: 03-6155800
 פקס: 03-6155801
 מרפאה: פלמ"ח - בני ברק מחוז: דן-פ"ח

תאריך: 15/08/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		פדלון קורל	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
בני ברק	00-32243998-5	14	20/11/2000
שם האב	מס בית	טלפון	שם האב
7254161 - 53	טלפון	53 - 8206406	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/08/2021

מספר הפניה ישירה: 33132132373

גורם שולח: 3132
 מספר הפניה: 033132132373
 תז נבדק: 0322439985
 מספר רישון: 030953

שירות שנבחר	קוד קוד	שירות משה"ב
70017	70017	70017
שירות רפואי	ליאור רפואי	שירות רפואי

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: 15/08/2021 סיבת הפניה מתאריך
 תלונות: 09/08/2021 סיבת הפניה מתאריך
 תאונת דרכים בדרך מעבודתה
 נחבלה בכתף, צאור וגב
 נבדקה במוקד טרם
 15/08/2021 התקשרות, התקבלה תשובה של צילום ע"ש אשר הדגים ליסטזיס
 15/08/2021

סימנים חיוניים: גובה 149 10/08/2021 משקל 74 10/08/2021 bmi 33.33

לחץ דם: 135 / 85 09/08/2021

דופק: 96 19/08/2014

103.01 eGFR מתאריך: 05/05/2021

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב ללא כ"ח צ"ל לא מצוקה נשימתית

אבחנה	אפיין	קוד
ACCIDENT/INJURY, NOS		A80

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר סבסלנה קובנצב 00-32243998-5 15/08/2021

הפניה לרפואה יועצת

פדלון קורל

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA		9230
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS		9223
SPONDYLOLISTHESIS	cervical	7384

דין/תוכנית טיפולית: 15/08/2021
ההפניות שהופקו ב: 09/08/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017 בדיקה רפואית - אורתו
15/08/2021
ההפניות שהופקו ב: 15/08/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017 בדיקה רפואית - אורתו
15/08/2021

בעיות פעילות	מ. גילוי	איפיון	בעיה
OBESITY	01/08/2007		
HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED	01/06/2010		
OVERWEIGHT (BMI < 30)	01/07/2014		
SMOKER	01/01/2017		
SPONDYLOLISTHESIS	04/08/2021	cervical	

בעיות בעבר

ח. מ. זיס	מ. גילוי	איפיון	בעיה
	01/03/2004		VARICELLA

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

30953

ד"ר סבטלנה קובזנצב

חתימה וחולמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ת של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
15/08/2021
00-32243998-5
הודפס ע"י ד"ר סבטלנה קובזנצב

הפניה לרפואה יועצת

צ'רון קורל

תאריך: 15/08/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	20.08	20/11/2000	ת. לידה	שם האב
בני ברק	פלמ"ח	רחוב	מס בית	14	6209406	53	7254151 - 53
ישוב					טלפון		טלפון ניסף

כרטיס קורל

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 שם המעביד וכתובתו: רמי לוי האומן 15 ירושלים
 תאור התאונה: תאונת דרכים בדרך מעבודתה
 שעת התאונה: 16:20
 תאריך תאונה: 04/08/2021

אבחנה	קוד	איפיון	אבחנה
ACCIDENT/INJURY NOS	A80		
CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA	9230		
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS	9223		
SPONDYLOLISTHESIS	7384	cervical	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/08/2021 עד יום 13/08/2021 (כולל) סה"כ 15 ימים

תאריך מתן התעודה: 15/08/2021
 ת. הבדיקה: 15/08/2021

חותמת המרפאה: חותמה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 15/08/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל	00-32243998-5	20.08	1	20/11/2000	שם האב
פדלון קורל	מס זכות	גיל	מין	ת. לידה	
שם משפחה ושם פרטי					
בני ברק	פלמ"ח	14	53	53 - 6206406	53 - 7254181
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

שעת התאונה: 16.20

תאריך תאונה: 04/08/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובתו: רמי לוי, האומן 15 ירושלים

תאור התאונה: תאונת דרכים בדרך מעבודתה

אבחנות	קוד	איפיון	אבחנה
ACCIDENT/INJURY: NOS	A80		
CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA	9230		
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS	9223		
SPONDYLOLISTHESIS	7384	cervical	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינולה מסוגלות לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/08/2021 עד יום 18/08/2021 (בכלל) סה"כ 15 ימים

15/08/2021 15/08/2021

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

ד"ר סבטלנה קובזנצב

חותמת המרפאה חתימה וחומת הרפא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מ.ה.רופא
חום
ספר רשיון
תוצרת
לפון
קס
רפאה:עזרא - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

תאריך 30/08/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בבפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		פרטיון קורל	
שם משפחה ושם פרטי	00-32243998-5	שם האב	20/11/2000
מס' זהות	גיל	מין	ת. לידה
בני ברק	14	53	53 - 7254161
פלמ"ח	מס' בית	טלפון	טלפון נסך
רחוב	53	6206406	53
סוג תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	04/08/2021

מספר הפניה:	מספר הפניה	תז נבדק	רשיון רפא
35757317818	035757317818	0322439985	031963
גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	רשיון רפא
5757	035757317818	0322439985	031963

לכבוד: מכון פיזיותרפיה PHYSIOTHERAPY
בירור וקבעית תוך בטל *2700
במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגים - יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיה

שירות שנבחר		קוד	קוד
שירות	רפואי	שירות	קוד
80015	פיזיותרפיה	97001	אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלומת / סיבת הפניה
היתה מעורבת בת"ד שרשרת במסגרת עבודתה (עובד סופר קטאית) 48211
עדיין כאבי כתף ימין גב לכל האורך, צוואר גב מתנ" וגבי במיוחד בלילה
המלצה: נשלחה לפיזיותרפיה
התעמלות, פילאטיס, שחייה - חתירה, גב
תרגילי חיזוק שרירי
לחזור לכל פעילו הרגילה כולל גופנית
טיפול בויס 0 כל יום 2000 יח' בינ"ל
נשלחה ל US
הוסבר על הצורך של הבדיקה

OBESITY

בעיה

איפיון

בעיות פעילות
מ.גילוי
01/08/2007

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-32243998-5

פרטיון קורל

מ.גילוי	א.פ.י.נ.	בעיה
01/06/2010		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/07/2014		OVERWEIGHT (BMI < 30)
01/01/2017		SMOKER
04/08/2021	cervical	SPONDYLOLISTHESIS

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פ.י.נ.	בעיה
	01/03/2004		VARICELLA

ממצאים קליניים

בדיקת ע"ש צוואר - ללא חוסר נירוסקולרי או מוטורי
 תנועות צוואר עם מעט הגבלה - SPURLING TEST
 -HOFFMAN'S TEST -LHERMITTE'S TEST
 בדיקת ע"ש מתני - לסג-ללא חוסר נירוסקולרי או מוטורי
 תנועות מפרקים חופשית - FABER - הומן שלילי
 אורך רגליים שווה לפי AMD
 רגישות פארברטברלית גב גבי: באיזור שרירי רומביד טרפזיוס וגב מתני
 הזקפים
 כתף- אמפטי + סיבוב חיצוני בפישוק ויד צמודה +
 סימני ימפינגמנט דרופ ארם- הוקינס +
 הגבלה מנמלית בפישוק וכיפוף עם כאב 100 מע אקטבי ופסיבי 120

ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 31963
 שם הרופא מספר רשיון חתימה וחותמת הרופא

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

ס.ה.ר 7

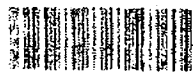
הפניה לפיזיותרפיה

פדלון קורל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-32243998-5



015757600780

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

גיל: 20.09 מין: ג

פדלון קורל

מס' זהות: 00-32243998-5

ביקור עקב תאונת עבודה

ETORICOXIB TAB 60MG 60MG

999003775

(ETORICOXIB (M) TAB 60MG 14, ARCOXIA 60MG(M) TAB 14)

למשך 14 ימים סה"כ 14 יח

טבליות x1 1 ביום

תוקף מרשם: 29/11/2021 - 30/08/2021

COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

999001740

(D TAB S TAB 1000UNIT BOX OF 30, VITAMIN D3 M.C.TAB 1000IU BOX, D-VIT 1000 TAB 1000UNIT 30, VITAMIN D3-1000IU BOX 30 TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות x2 1 ביום

תוקף מרשם: 29/11/2021 - 30/08/2021

מס' רישיון



031963

טלפון: 03-6717800

כתובת: עזרא 11 בני ברק

שם הרופא: ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

תחום: אורטופדיה

התימה נחותמת הרופא **נחונם דיגיטלית**

בידיעותי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זאת שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות