

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה			חודש				יום		

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לגפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
סלמה דמאח אבוניס		907137772	1111111111
רחוב / תא דואר		יישוב	טלפון פקס
מס' בית		מיקוד	
דיר זא אסא			1049880564

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

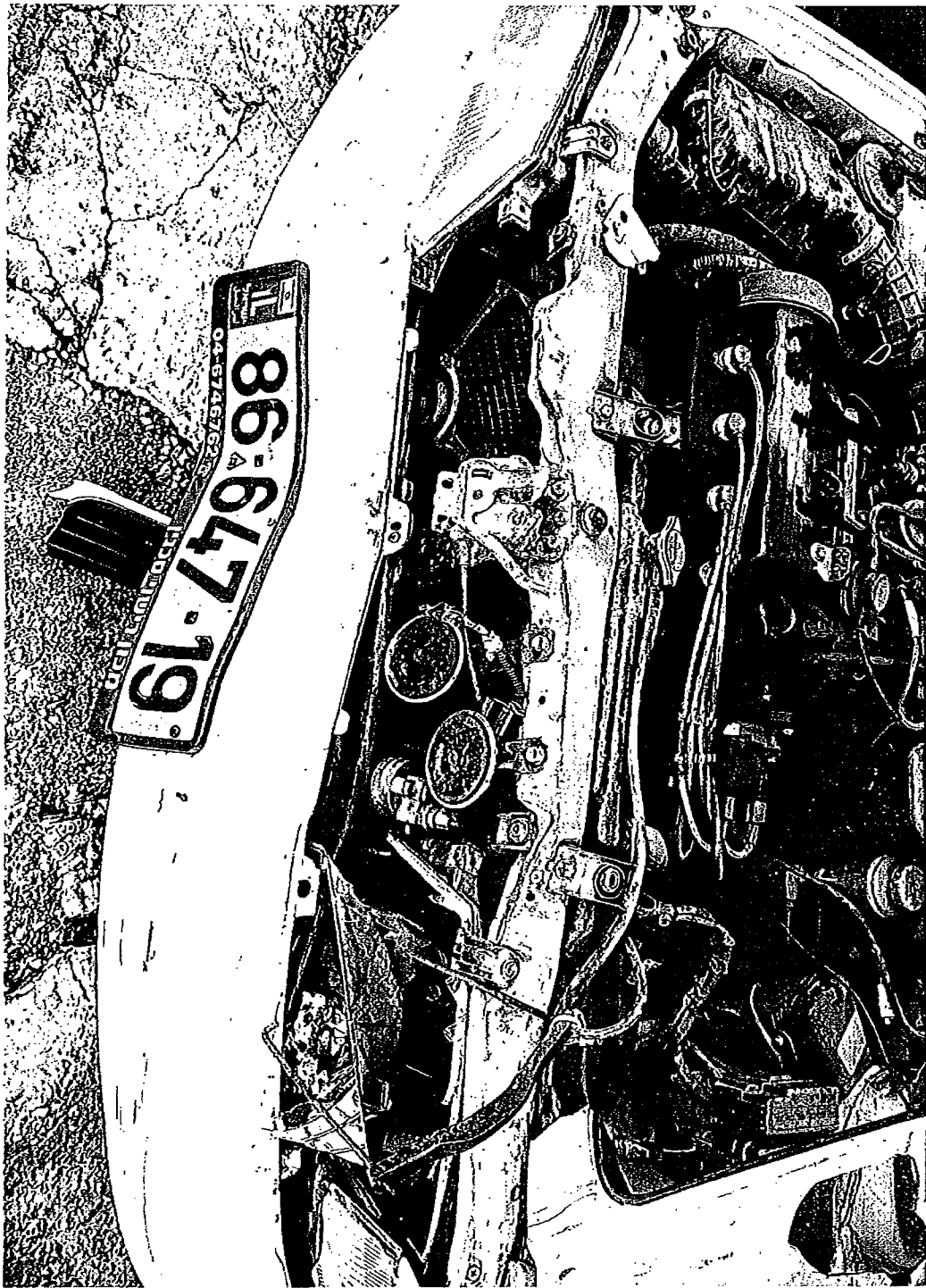
שם פרטי התובע		שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
חוסין		פ יא	☐ זכר ☒ נקבה	3027911397
כתובת		מס' בית	כניסה	דירה
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה
197		197		
טלפון קווי		טלפון נייד	יישוב	מיקוד
			280	20105
				05032024116

פרטי התאונה		כשעה	כאשר עבד ב
13/11/11		10:25	סוג העבודה
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
רמטרום 87			
תיאור התאונה			
באופן שגוינה בטיול בדרך אקציה			
רכב (כנס רק לנזק)			

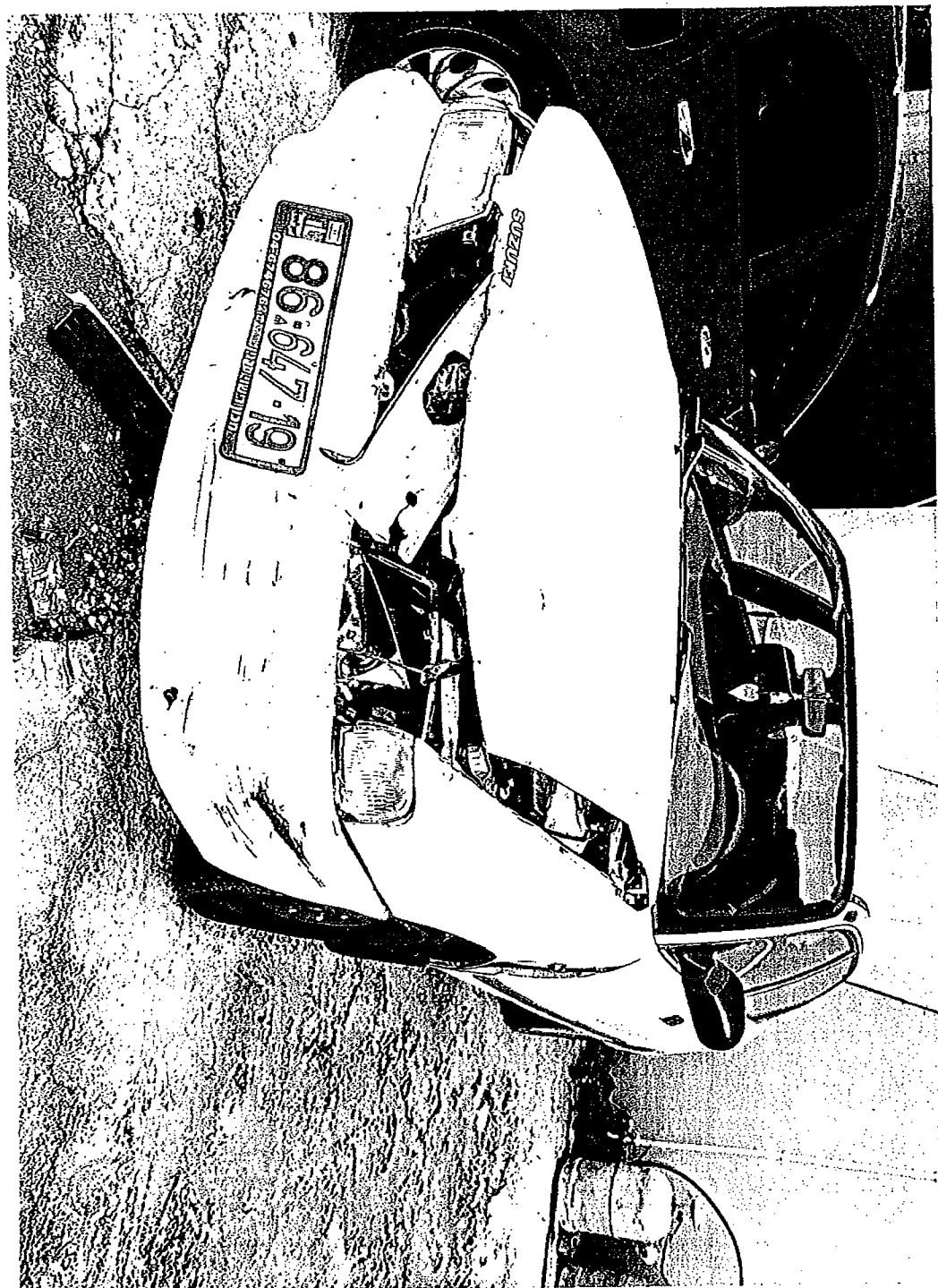
האיבר שנפגע 3 יוגר 22 תחזין
שם המאשר ותפקידו תאריך חתימה וחותמת המפעל * 524732503

למילוי ע"י המוסד הרפואי	
☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית	
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים	
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד







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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאם קבלאן (להלן: "עוה"ד") מצד שני

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

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:
 - א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 - ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)
5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)
6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:
 - א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

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

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

הלקוח

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

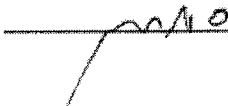
אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו 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 עו"ד _____, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____
הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
_____ ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ חתימת עורך הדין

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

23.4.21

לכבוד

שלמה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב היצירה 22
פתח תקוה

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון : תאונה מיום 13.12.18
רכב מס': 86-647-19
הנפגעת: פאתן חוסין, ת.ז. 302791397

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

1. ביום 13.12.18, בשעה 08:50 או בסמוך לכך, בהצטלבות של כביש 4 עם כביש מס' 85, היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מרשתי מעורב בתאונה בקינמטיקה קשה ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב ותעודת ביטוח חובה, מסומנים "1 - 5"

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "6 - 9"

3. נוכח החמרה בכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון פנתה מרשתי למחרת לקבלת טיפול אורתופדי אשר החליטה להפנותה לקבלת טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה בת 16 ימים, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 13"

בהמלצת האורתופד ביצעה מרשתי טיפולי פיזיותרפיה במסגרת פרטית באזור מגוריה.

4. מחמת התאונה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה וביצוע תפקודים יומיומיים.

5. במועד התאונה עבדה מרשתי ברשת מזון והמתינה ללימודים אקדמיים. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשתה בביצוע עבודתה, נזקקה להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

6. לאחר התאונה התקשתה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 35,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

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

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

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים	יחידה	שלוחת בוחנים עכו מחוז חוף	מספר תיק פלא	2018	571268 /
תאריך	02/01/2019	כ"ה טבת תשע"ט	13:17	סינוג תיק	ת.ד.
מס' תיק מסוף	2	2018 - 4446 - 1213	מס' מסמך בתיק	ג	04-8648509
טלפון	04-9876891	ההגנה 16, עכו - מיקוד : 2431433	פקס	מ"ל	bohanim.ako@police.gov.il
כתובת					
נושא המסמך					

לכל המעוניין	1. תאריך התאונה:	13/12/2018	בשעה	08:50
2. מקום התאונה:	כל הארץ. כביש 4 עם כביש מס' 85 בכביש בין עירוני			
הערות מקום:				
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:				

מספר רכב	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
8664719	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
שלמה "סיקסט"	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
110184108618	ישראלית	שם	שנת לידה
מעורבים ברכב:	ת.ז.	פאתן חוסין	16/04/1989
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
שעב, שעב	ט.ר.מ		
מספר רכב	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
4464152	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
לא הוצג	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ישראלית	ישראלית	שם	שנת לידה
מעורבים ברכב:	ת.ז.	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
מספר רכב	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
8310729	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב
לא הוצג	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ישראלית	ישראלית	שם	שנת לידה
מעורבים ברכב:	ת.ז.	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	

4. פרטי הולכי רגל:	5. כמות נפגעים: 1	מצב התיק: גנז	מתאריך: 27/12/2018
--------------------	-------------------	---------------	--------------------

פרטי המטפל בתיק	שם משפחה	שם פרטי
מ"א		

מ"א	מדמון	שם משפחה	שם פרטי
1021435			נרית
פרטי השוטר המוסר			
מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1021435	רסב	מדמון	נרית

04-8571666 טלפון
07243 מס' הרשאה

סט-קל

תעודה

מדינת ישראל
הפטיש קרן היסוד א. ת. טירת הכרמל



8664719 בדיקת רישוי לרכב מספר
1590 נפח מנוע
1996 שנת ייצור
21/10/18 תאריך הבדיקה ver: 619

מבחן אלקטרון
חרב במבחן תקופתי
ס'זוקי-יפן

THC50034
פרטי נוסעים
G16B
3152235
בדיקה מספר
רכב מסוג
דגם מנוע
רישום מד

דודי סעדון שם בוחן
2259 מספר בוחן
אני מאשר/ת כי מספר השלדה, המנוע ופרטי הרכב מתאימים לרישום ברשיון הרכב ומאשר ביצוע המבחן
מאשר שרשמתי בטופס הבקשה והקלדתי במחשב את מונה הק"מ הרשום בנזד המרחק ובדיקתי שמד
המרחק אינו במילים ובמקרים שהוא רשום במילים הסבתי לק"מ

נהג/ת נכבד/ה! רכבך נבדק ונמצא תקין, פרט לליקויים הבאים:

2259 דודי סעדון תיקן זיהוי 1
21/10/18 07:00:57

2259 דודי סעדון תיקן זיהוי 2
21/10/18 08:00:57
סעיף הבדיקה בסיבובי טרק
מחזור סטטוס
775 700-850 תיקן
0.11 0.50 תיקן
Vol% CO
סעיף הבדיקה בסל"ד גבוה
מחזור סטטוס
2650 2500-2800 תיקן
1 תיקן
0.15 0.30 תיקן
Vol% CO
חוזי מנוע C
חוזי מנוע C

סלד: ללא, סמפרטורה: לפי מאורד

2773 עלי משאונה תיקן בור 3
21/10/18 07:59:16
2773 עלי משאונה תיקן אורות 4
21/10/18 59:16
מחזור סטטוס
נערך גבוה נערך גבוה
3 2.2 0.1 - 0.5 15 - 20
2.9 2.4 < 20 > 1

2259 דודי סעדון תיקן בלמים 5
21/10/18 07:56:56
מחזור סטטוס
נערך גבוה נערך גבוה
77 13 254 224.75 620
80 9 171 156.25 410
77 25 175.25 140.25 410
עילות בלימה סללת 78.3% משקל רכב 1030

2259 דודי סעדון תיקן גלגלים 5
21/10/18 07:57:00
מחזור סטטוס
נערך גבוה נערך גבוה
-2 -4 - +4
-1 -20 - +20

אישור כשירות לתנועה

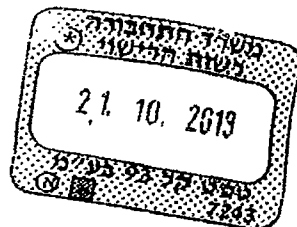
תאריך: 21/10/2018 8:07:03 AM

אני מאשר/ת שהרכב הנ"ל נבדק ונמצא תקין לתנועה בדרכים, טופס הבדיקה הטכנית נחתם בכל העמדות ע"י בוחן/ות רכב מורשים/ות העובדים. במכון/מוסך. כן מצורפים לטופס זה כל המסמכים המדרשים עפ"י תקנות התעבורה כולל נספח תוית חלון

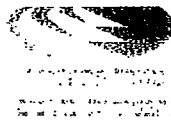
סט-קל
חותמת כשירות לתנועה

1523318
מספר מדבקה

זמירה כהן
חותמת בוחן/ת פקיד/ה



הנהג נכשל על ליקוי כל שהוא, זכותך לבחור לתקופה



מחלקת המערכות
מחלקת המערכות



20/04/2019 02002140-8 M1 פרטי נוסעים 8664719
חוסין אחמד ת'י'ד 197 ש'עב 20165
09/02/11 16/12/18 21/04/96
03 שנת ייצור 1996
JSAEGC31S00121014 סוזוקי
G16B 1590
200936 175/70R13-175/70R13
לבן
4X2 אין
רישיון נהיגה מתאים B

סדאן 2 EGC31S סוזוקי-יפן
קבוצה מרכב GLX רגם BALENO
00683-0521 96.00

ת.תשלום 18/10/18 סך 538.00 ש'ח; ת.מבחן 21/10/18
רשומין יבוא 063037505

מבוסל הפקדה 16/12/18-מ

מבוסל הפקדה

8664719-29-4

חוסין אחמד
ת'י'ד 197
ש'עב 20165

8664719-29-4

16/12/2018

הודפס על ידי פ.א. כרמיאל

0372

08:18:03

חוסין אחמד 2002140

מחלקת המערכות

Terom Karmiel Ltd. Hayotzrim 15 Karmiel Tel. 1599-520-520 0732255360 Fax: 057-7977741				ט"מ כרמיאל בע"מ רחוב היוצרים 15 כרמיאל טל: 0732255360 1599-520-520 פקס: 057-7977741	
שעה: 20:01		תאריך: 13/12/2018		#ביקור: 372472	
חומר: 196477		קופ"ח כללית: 302791397		שם: פאתון חוסיין	
תח: 302791397		גיל: 29 שנים 8 חודשים		מין: ז	
שעב: 0503207416		נייד: 0503207416		טל בית: 0503207416	
תאונות דרכים: כן		לח"ד B/P: 122/79		דופק/P: 68 סדיר	
RR: 20:06:34		%SaO2: 98%		T/חום: 36.9 PO	
Allergies: NONE		מחזור אחרון או לידה - פחות מ-4 שבועות		לא זקוק לטיפול גיד כאלהם	
No xrays ordered		Urinalysis name: time		BetaHCG POS NEG name: time	
No treatments ordered		302791397		372472	
196477		13/12/18 20:01		חוסין פאתון	
0503207416, 0508789784					
URISYS1100 URINALYSIS		Dev. ID: 68750		13.12.2018 20:40	
Seq.No: 11		Pat.ID:			
SG 1.010		pH 8		LEU neg	
HIT neg		PRO neg		GLU norm	
KET neg		UBG norm		BIL neg	
ERY 10		Ery/uI			

מטריאג

20:06:34

חומות: פאדי אבו סמעאן

Allergies: NONE

מחזור אחרון או לידה - פחות מ-4 שבועות

לא זקוק לטיפול גיד כאלהם

No xrays ordered

Urinalysis name: time

BetaHCG POS NEG name: time

No treatments ordered

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

נחג ☒ נוסע ☐ חולך רגל ☐ זמן האירוע: מאתמול בלילה

מכונת ☐ אופנוע ☐ אופניים ☐

נפגעים אחרים במצב קשה? כן ☐ לא ☒

מחירות? פחות מ-80 קמ"ש ☒ יותר ☐

תגורר ☒ לא ☐ מתגורר בטיחות לילד? כן ☒ לא ☐ כרית אויר? פתחה? כן ☒ לא ☐ אין

תאר מנגנון (פגיעה אחורית, התחפכות, וכו'), מיקום הפגיעה באוטו/אופניים/חולך רגל:

זרע היה במהלך נשיאת בלטה זרע פגב שנסע

מקצוע: סף פהאמה סטה ונכנסה בלי מאלר

ורכב שנסע אחרי נכנס ברכבה מאלר

שבירת התגה? כן ☐ לא ☒ שבירת חשמשה? כן ☐ לא ☒

פגיעה בחזה? כן ☐ לא ☒ פגיעה בבטן? כן ☐ לא ☒

פגיעה בראש? כן ☐ לא ☒ איבוד חכרה? כן ☐ לא ☒ יצא מהאוטו לבד? כן ☐ לא ☒

בדיקה גופנית:

דורך כרגיל? כן ☐ לא ☒ קוצר נשימה? כן ☐ לא ☒

עיוות פנים? כן ☐ לא ☒ סימן של שבר בבסיס הגולגולת? כן ☐ לא ☒

ע"ש צווארי - האם כל ה"ל נכון? כן ☐ לא ☒

ללא רגישות מעל החוליות הצואריות (midline), אין לקוי בעירנות, לא שיכור, אין סימנים נורולוגיים חריגים, אין שברים/מקור כאב אזור משמעותיים

GCS=15? כן ☐ לא ☒ לא-א-כחוז? כן ☐ לא ☒ בטן רכה? כן ☐ לא ☒ סימן חגורה? כן ☐ לא ☒

תנועת מלאות של הצואר, כתפיים (מעל הראש, מאחורי הגב, יד שמאל מגיע לכחף ימין ויפוף), כיפוף מלא במותן? כן ☐ לא ☒

T.A. Contusion of back

מצב החולה בשחרור:

אבחנה והמלצות שחרור:

הביתה ומעקב בקופ"ח ☒

לביט חולים ☐

פני באמבולנס ☐

חופנה לרוממה ☐

חתימת וחותמת רופא:

372472

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

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

טר"מ כרמיאל בע"מ רחוב היוצרים 15 כרמיאל טל: 1599-520-520
פקס: 0732255360 057-7977741

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



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

תלונה: תאונת דרכים	תיק מס': 196477	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 372472	תאריך ביקור: 13/12/2018 20:01
-----------------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	-------------------------------------

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

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר אליאס נשאשיבי, PA: חאלד חליל	שם: פאתן חוסיין תז: 302791397	בבקשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין
--	----------------------------------	--

סיכום הביקור:

Diagnosis

אבחנה

Traffic Accident, Contusion of back

Pulse: 68, TempC: 36.9 PO, O2sat: 98, BP: 122/79 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 29 years 8 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started MORE than 1 hr ago, Pain is mild, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5 (large toe dorsiflexion) Normal, SL4 (knee extension) Normal, S1 (foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בת 29.8 שנים בריאה בד"כ

לדבריה היתה מעטורבת בתאונת דרכים שרשרת היום בשעה 9 בבוקר בצומת עכו

מתלוננת על כאבים מעל עמש"צ עמ"ש מותני

מציינת שבמהלך נסיעתה בצומת רכב שנע מקדימה בלם פתאום נכנסה בו מאחור ורכב שנע מאחור נכנס ברכבה מאחור

אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות

===

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב, ללא מצוקה כללית או נשימתית. בהכרה מלאה ללא סימני התייבשות.

ללא סימנים מנינגיאליים.

אין לחולה חם

רגישות פראספינאלית מעל עמש"צ ומעל עמ"ש מותני ללא סימני חבלה ללא פריחה ללא צלקת ללא נפיחות ללא אודם ללא חום מקומי ללא סימני זיהום מקומי בדיקה NV תקינה טווח תנועות מוגבלת מכאבים בדיקת עיניים: אישונים שווים רגולריים מגיבים לאור. תנועות גלגלי עיניים תקינות

חזה: כביסת אויר תקינה דו-צדדית, אין תרחורים או צפצופים

לב: קצב תקין, קולות תקינים, אין אוושות

בטן: רכה, ללא רגישות ללא הגדלת איברים ללא סימני גירוי צפקי.

GCS: 15

אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות

===

מהלך ודין:

בדיקתל שנתן לכללית: תקינה

צילום עמש"צ: לא הודגם שבר או פריקה

עמ"ש מותני: לא הודגם שבר או פריקה
משככי כאבים לפי הצורך מעקב רופא מטפל במסגרת הקופה
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Urinalysis, BetaHCG

צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה מותני <<<

עמוד שדרה צווארי + דגס <<<

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 24 השעות מביצוע הצילום.

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 לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות 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.

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית.
ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה ומנוחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעומצת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים

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

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרות, מידע רלוונטי אחר.

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

14/12/2018 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	אחמד	ת. ח. פאתן
00-30279139-7	29.08	נ	16/04/1989	שם האב	שם האב	שם האב
0	0	0	52	טלפון	טלפון	טלפון
050 - 2912757	050 - 2912757	050 - 2912757	050 - 2912757	טלפון	טלפון	טלפון

13/12/2018 תאריך תאונה

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם הרופא

תאריך הביקור: 14/12/2018
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם-כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון
בדיקה גופנית: רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, חגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות סטטוס
טופס הפניה כללי	80074-טיפול פיזיותרפי פרט	H4	הודפס

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה ראשונה)	113	13/12/2018	28/12/2018	הודפס

בברכה,

ד"ר אמין פאר
שם הרופא: ד"ר אמין פאר
מס' רישיון: 25664

ד"ר אמין פאר
אורתופדיה
מחוז: חיפה
מספר רישיון: 25664
מספר תעודה: 21077

14/12/2018

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר אמין פאר 00-30279139-7

סיכום ביקור

חוסין פאתן

תאריך 14/12/2018

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

פרטי המטופל		חוסין פאתן	
שם משפחה ושם פרטי	00-30279139-7	נ	29.08
מס זהות	גיל	ת. לידה	16/04/1989
שם האב	שם האב	אחמד	אחמד
שעב	ת.ח. 12	0	52
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
050 - 2912757	טלפון נוסף	4667758	טלפון

תאריך תאונה 13/12/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



8351

מספר הפניה



038351044501

38351044501

תז נבדק



0302791397

מספר הפניה:

רשיון רופא



027075

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/12/2018:
היתה מעורבת בתאונת דרכים בדרכה לעבודתה -לא הקיאה ולא יבדה הכרה -
כאבי צוואר -כתפיים וגב תחתון
14/12/2018:
נבדקה במיון טרם
עברה צילום ללא שברים

סימנים חיוניים: גובה 164 29/01/2017 משקל 62 29/01/2017 bmi 23.05

לחץ דם 110 / 77 29/01/2017

דופק 75 29/01/2017 סדיר

08/05/2018 מתאריך 109.78 eGFR

ממצאים קליניים

בהכרה מלאה
ראש צוואר ללא קשיון עורף רגישות עזה בצוואר עם כאב -רגישות בכתפיים
-ראות כניסת אוויר שווה בשתי הראות ללא קריפטציות או ציפצופים-לב קולות

2 ה.ר.ו

תאריך 14/12/2018
10:49

הפניה כללית

פרטי המטופל		חוסין פאתן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ
ת.ח. 12	0	29.08	16/04/1989
שעב	רחוב	מס בית	אחמד
ישוב			שם האב
			טלפון
			טלפון נוסף
			050 - 2912757
			52 - 4667758

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 13/12/2018

מספר הפניה: 38351044503
מספר רשיון: 025664
תז נבדק: 0302791397
מספר הפניה: 038351044503
גורם שולח: 8351

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	רפואי
80074			80074

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

תלונות: תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם-כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון

ממצאים בבדיקה: רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, חגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

דין/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה

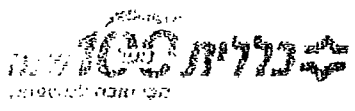
ד"ר אמיין פאר
מספר רשיון 25664
מספר רשיון 25664
מספר רשיון 210

25664
מספר רשיון

ד"ר אמיין פאר
שם הרופא

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

ס.ה.ר. 2



שם הרופא: ד"ר אמין פאר
תחום: אורתופדיה
מספר רישון: 25664
כתובת: כפר שעב
טלפון: 04-9883823
מחוז: מרפאה: 8351

תאריך: 14/12/2018

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל:

חוסין פאתן	00-30279139-7	29.08	ג	16/04/1989	אחמד
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
שעב	0	52	52	2912757	050 - 2912757
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה: 13/12/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
7231	CERVICALGIA	
7242	LOW BACK PAIN	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ה לא בעבודה אחרת

מיום 13/12/2018 עד יום 28/12/2018 (בכלל) סה"כ 16 ימים

14/12/2018

14/12/2018

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חותמת המרפאה

חתימה וחומת הרופא

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

14/12/2018

הודפס ע"י ד"ר אמין פאר 00-30279139-7

חוסין פאתן

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	
מ.י.	מ.י.	מ.י.	מ.י.	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או 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 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. _____ מס' דשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X _____ חתימה: _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 30244397 חו"ס' אד מרחוב 13.12.11 ת.ז. מס' 13.12.11 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאם קבלאן להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה 13.12.11 נגד 13.12.11 בענין תאונת דרכים מיום 13.12.11 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.

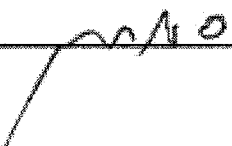
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 1 לחודש 3 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אביאל פרייברג
מס' רשיון 53254

