

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

21.6.21

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 14.4.20
רכב מס': 423-78-301
הנפגעת: אילה גולן, ת.ז. 043592773

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

1. ביום 14.4.20, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, עת התהלכה ברחוב שמואל הנגיד בהרצליה, נפגעה מרשתי מרכב הנושא מספר רישוי 423-78-301 המבוטח בחברתכם ומרשתי נפלה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב תוצאות שאילתא מאתר קרנית והודעתה של הנפגעת במשטרה, מסומנים "1 - 3"

2. מרשתי אשר סברה כי הכאבים יחלפו, ובשים לב לסגר ששרר אותה עת ברחבי המדינה, התבדתה ומשהחמירו נאלצה לפנות לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו חבלות במרפק, כתף ובידה השמאלית. לאחר קבלת טיפול רפואי וביצוע בדיקת הדמיה אשר הדגימה הרמה של כרית השומן שיכולה להוות אינדיקציה לשבר שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, מנוחה והפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "4 - 6"

3. מרשתי ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים אך ללא הועיל ונוכח הכאבים וההגבלה הניכרת בתנועות מרפק שמאל הוחלט להפסיק אחרי 8 טיפולים ובדיקה רפואית ע"י מומחה בכירורגיה אורתופדית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "7 – 10"

4. ד"ר ראובן אבישי, מומחה בכירורגיה אורתופדית אשר בדק את מרשתי החליט על מתן זריקות לשיכוך כאב והמלצה לביצוע טיפולי רפואה משלימה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "11 – 12".

5. בעצת המומחה האורתופדי ביצעה מרשתי טיפול רפואה משלימה אינטנסיביים.

רצ"ב תעודות רפואיות וקבלות, מסומנות "13 – 15".

6. מאז התאונה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות מרפק וזרוע שמאל, מקושי בהרמה, קושי בביצוע תפקודים ידניים, קושי בביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות היא נזקקת לטיפולים רפואיים ותיזדקק להם גם בעתיד.

7. מרשתי אמנית יוצרת בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, היא נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

8. מאז התאונה מתקשה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה ותיזקק להוצאות אלה גם בעתיד.

9. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחה אורתופדי לקביעת נכותה, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 165,000 ₪ 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 מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל ליונשטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 03-7111661 פקסימיליה:

תאריך 30/08/2020
מספר סימוכין 69196

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מהקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תש"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 30/08/2020 ביחס לרכב מעורב מס' 42378301 בתאונת דרכים מיום 14/04/2020. שם הנפגע: אילה גולן.
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך, אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות הנוגעת/עות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדלקמן:
בחברת ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ מס' פוליסה – 110347836319
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☐ נהג ☐ נוסע ☒ הולך רגל ☐ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מסלח יד
043592773	אליה	אליה	אליה	14.4.50	אליה
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון הנהיגה	בתוקף עד	מקום עבודה	מס' טלפון	מס' פלאפון
השלישית 11	0525112199	- 11 -			0525112199
מס' הרכב	סוג	תיצור דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
האס	האס	האס	האס		
חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאריך תשלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך	

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי	דריגה	כתובת היחידה
		תאריך שחרור (לחיילים בלבד):

2. תיאור התאונה

בתאריך 14.4.20 בשעה 14:00 במקום הרצליה כח' שמואל הנ"ל

תיאור המקרה:

ביום 14.4.20 בהסגר הקורונה העברתי קצת בחול סלמסר
 עם ההוללות, כשני מתחלתי אל המזיכה
 שח' אל המזיכה מקומה היל' אנשים מעטים ברחוק
 אל' ביטוחי קיבלתי מנה חזקה במסך יד שמאל ויד הילום
 אל' ביטוחי קיבלתי מנה חזקה במסך יד שמאל ויד הילום

3. נפגעי גוף (פצועים)

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	פינוי ע"י	שם בית החולים קיס"ח
אליה אלין	043592773	השלישית 11 הרצליה	פינוי ע"י	השלישית 11 הרצליה

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
42378301	סלס	האס	האס	האס	האס	האס
2	נסס	האס	האס	האס	האס	האס

* סמן x במקום המתאים:

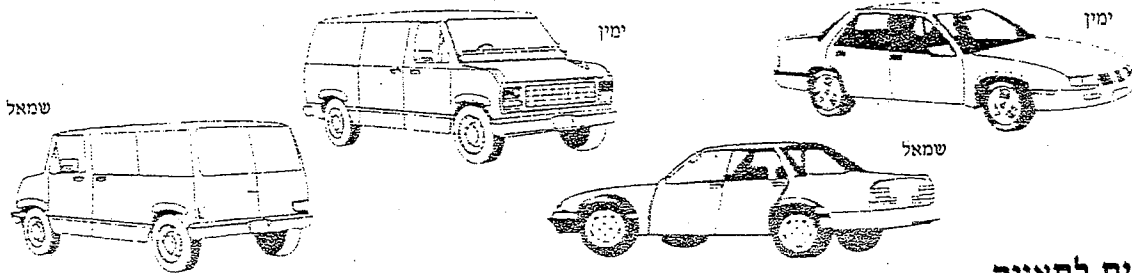
5. תיאור הנזק

■ רכב א'

■ רכב ב'

■ לרכוש אחר (קיר, עמוד חשמל, עמוד טלפון, עץ וכו')

סמן את מקום/מקומות הפגיעה ברכב צד ג' ע"י × (בחר רכב מתאים)



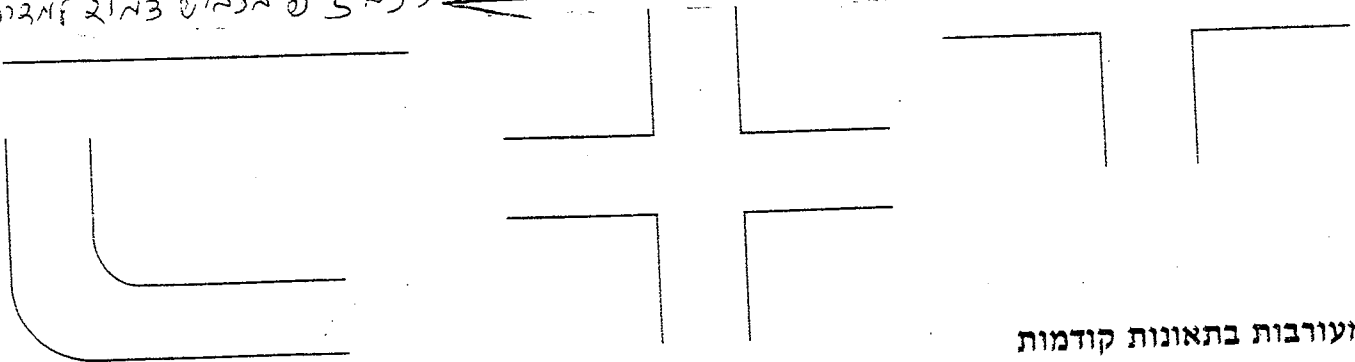
6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	פלאפון

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרורים)

הפגעה אלה מוגדרת

כנה צ'יפ הנביט במזג האוויר



8. מעורבות בתאונות קודמות

בשנת	1.	בשנת	2.
בחדש	בחדש	בחדש	בחדש

9. פרטי השוטר

מס' אישי

דרגה

שם פרטי ושם משפחה

יחידה

חתימה

10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן ×)

10

3

החוסר עניין לציבור

הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

מס' אישי

דרגה

שם פרטי ושם משפחה

תפקיד

חתימה

אליה שגיא
חתימת המודיע

19.8.88
תאריך ההודעה

סיבת הסגירה
(סמן על פי המופיע מימין)





0017379595



030676

קוד הפניה: 168720804

טלפון: 09-9501533 09-9589632

פקס: 1539-9587350

כתובת: סוקולוב 32, הרצליה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן	שם פרטי: אילה	ת.ז.: 43592773
ת.לידה: 14/04/1950	מין: נ	טלפון: 099543216
כתובת: השושנים 11/8, הרצליה	מיקוד: 4601215	טל.עבודה/נייד: 0525112199



0043592773

מכון רנטגן

תלונות: ב 14.4 הלכה על שפת המדרכה. מכונית גדולה נסעה בצמוד למדרכה - קיבלה מכה במרפק שמאל, נפלה. ללא חבלת ראש. מגיעה כעת בבקשה לצילום. קררה את המקום. היום הוטב לה אבל מתקשה ליישר את היד.

ממצאים: נפיחות בחלק מדיאלי של מרפק שמאל, אין יישור מלא, רגישות במישוש סביב, גלד ללא סימני זיהום באמה שמאל

אבחנה:

• CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM Left

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

הבדיקה הדרושה רנטגן

מרפק 2 צילומים (AP+ALT) קוד - 3070 (שמאל)

שאלה למבצע הבדיקה: פענוח

דחיפות הפענוח: רגיל

19/04/2020

תאריך

ד"ר שרון מרכוס-גלר
מומחית ברפואה פנימית
מ.ר. 25844
מ.ר. 30676
חתימה וחותמת הרופא

אם בידך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה. יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף הפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2020 עד תאריך - 16/10/2020

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

גיל: 70

שם רופא/ה: ד"ר ראובן אבישי

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 353869

תלונות: לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למ יון ללא חבלה נוספת

גורם משלם: 5 תאונת דרכים תאריך תאונת דרכים: 14/04/2020

ממצאים: צרפק שמאל סימני שפשוף שיטחיים הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או
שורש יד שמאל

ללא חסר VN

צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ELBOW		Lt	CONTUSION

מכון פיזיותרפיה	מדיקות/הפניות	קוד
		F1003

המלצות למטופל: מעקב לפי צורך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
מ.ר. 36609 מ.ר.מ. 28151

מ.ר גורם מפנה

ד"ר ראובן אבישי

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0029712999



036609

קוד הפניה: 168791896

טלפון: 077-3215762

פקס: 09-9572535

כתובת: בן גוריון 22, הרצליה (כניסה 1 קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם פרטי: אילה	שם משפחה: גולן	ת.ז.: 43592773
ת.ל.עבודה/נייד: 0525112199	טלפון: 099543216	מין: נ
ת.ל.יד: 4601215	ת.ל.יד: 4601215	ת.ל.יד: 4601215
ת.ל.יד: 4601215	ת.ל.יד: 4601215	ת.ל.יד: 4601215



0043592773

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל
לא פנתה למיון ללא חבלה נוספתממצאים: צרפק שמאל סימני שפשוף שיטחיים הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל
ללא חסר VN
צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה• CONTUSION Left
ELBOW

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (1980) אב - גיל 70
- GERD (NA)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (2018)

בעיות ידועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול שיפור טווחי תנועות מרפק שמאל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2020 עד תאריך - 16/10/2020

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

19/04/2020

תאריך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
28151 מ.ר.מ. 36609
מ.ר.מ. 36609

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

פיזיותרפיה טופס

09/06/2020

פקס: 073-2284083

כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

לוי יהונתן

פיזיותרפיה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 43592773

שם פרטי: אילה

שם משפחה: גולן

טל.עבודה/נייד: 0525112199

טלפון: 099543216

מין: נ

ת.לידה: 14/04/1950



0043592773

מיקוד 4601215

כתובת: השושנים 11/8, הרצליה

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקד: 09/06/2020

לכבוד דר' ד"ר מרכוס-גלר שרון

43592773

ת"ז:

גולן אילה

מ/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

הופנתה לטיפול פיזיותרפיה בעקבות כאבים במרפק שהופיעו לאחר חבלה. בצילום נשלל, אך עם זאת בפענוח צוינה "הרמה של כרית השומן אשר עשויה להעיד בעקיפין על שבר".

בבדיקת טווח כיפוף עד 120 מעלות, 30- מעלות מיישור.

טופלה מנואלית ובעזרת תרגילים לשיפור טווחי התנועה, אולטרסאונד וקירור.

כיום, לאחר חודשיים טווח תנועה לכיפוף מלא, יישור 20- מעלות (לאחר טיפול משתפר לכדי 10- אך לדבריה חוזר לנורמה לאחר מכן).

מכיוון שאין שיפור נוסף בשבועיים האחרונים, עלה החשד שאכן מדובר בפגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר עשויה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
איסוף שיער ללא כאב			21/04/2020
הרמת התיק ללא כאב			21/04/2020

טופל החל מ- 21/04/2020

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בבדיקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	41	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY COLD PACK

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 7 ביקורים

הערות: אודה על הערכתך בשאלה לבירור נוסף

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

פיזיותרפיה טופס

09/06/2020

פקס: 073-2284083

כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

לוי יהונתן

פיזיותרפיה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן

שם פרטי: אילה

ת.ז.: 43592773

ת.לידה: 14/04/1950

מין: נ

טלפון: 099543216

טל.עבודה/נייד: 0525112199

כתובת:

השושנים 11/8, הרצליה

מיקוד 4601215



0043592773

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: לוי יהונתן

שם המכון: כפר סבא מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה

פיזיותרפיה

24/06/2020

פקס: 073-2284083

כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 43592773

שם פרטי: אילה

שם משפחה: גולן

טל.עבודה/נייד: 0525112199

099543216

טלפון:

מין: נ

14/04/1950

ת.לידה:



0043592773

מיקוד 4601215

השושנים 11/8, הרצליה

כתובת:

סיכום טיפול פיזיותרפיה

24/06/2020 תאריך הפקד:

לכבוד דר' ד"ר ראובן אבישי

43592773

ת"ז:

מר/ת גולן אילה

CONTUSION • הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

הופנתה לטיפול פיזיותרפיה בעקבות כאבים במרפק שהופיעו לאחר חבלה. בצילום נשלל, אך עם זאת בפענוח צוינה "הרמה של כרית השומן אשר עשויה להעיד בעקיפין על שבר". בבדיקתה טווח כיפוף עד 120 מעלות, - 30 מעלות מיישור. טופלה מנואלית ובעזרת תרגילים לשיפור טווחי התנועה, אולטרסאונד וקירור. כיום, לאחר חודשיים טווח תנועה לכיפוף מלא, יישור - 20 מעלות (לאחר טיפול משתפר לכדי - 10 אך לדבריה חוזר לנורמה לאחר מכן). מכיוון שאין שיפור נוסף בשבועיים האחרונים, עלה החשד שאכן מדובר בפגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר עשויה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
איסוף שיער ללא כאב			21/04/2020
הרמת התיק ללא כאב			21/04/2020
חגירת חגורה ללא כאב			09/06/2020

טופל החל מ- 21/04/2020

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בבדיקת אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	41	57
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	3
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY COLD PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 8 ביקורים

אודה על הערכה נוספת בשאלה של פגיעה גרמית או ברקמה רכה אשר

הערות:

פיזיותרפיה
העתק טופס
24/06/2020

לוי יהונתן

פיזיותרפיה

פקס: 073-2284083

כתובת: רוטשילד 56, כפר סבא

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גולן	שם פרטי: אילה	ת.ז.: 43592773
ת.לידה: 14/04/1950	מין: נ	טלפון: 099543216
כתובת: השושנים 11/8, הרצליה	מיקוד: 4601215	טל.עבודה/נייד: 0525112199
0043592773		

עשויה להסביר את הנפיחות הכרונית וחוסר ביישור המרפק.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: לוי יהונתן

שם המכון: כפר סבא מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מכבי שירותי בריאות
מכירות פיזיותרפיה
סניף כפר סבא

גיל: 70.3

שם רופא/ה: ד"ר ראובן אבישי

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 02581

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 30/07/2020

ביקור חוזר מתאריך 16/07/2020

ביקור חוזר מתאריך 19/04/2020

לדבריה נפגעה מרכב במרפק שמאל

לא פנתה למיון ללא חבלה נוספת

16.7.2020 במעקב

30.7.2020 שוחחנו בטלפון תבצע רפואה משלימה ראיתי הסונר מרפק

12.8.2020 במעקב

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: מרפק שמאל הגבלת תנועות ללא רגישות למישוש כתף או שורש יד שמאל

ללא חסר VN

צילום מרפק 19.4.2020 ללא שבר אך נפיחות רקמה רכה

סונר ממצאים דלקתיים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ELBOW		Lt	CONTUSION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
אמפולה	0	57660	M	N	N		1	1	להזרקה	1	Amp.	1	DIPRO SP, N 2ML 2CC

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	4	2000	Intraarticular asp knee/ankle/elbow
!	1	2	2120	Tensoplast strapping of chest or joints

המלצות למטופל:

הזרקה תחת סטריליות של דיפרוספן ועזרקאין

במידה והחמרה בכאבים סימני זיהום חום או סימני זיהום מקומיים לפנות מידית למוקד

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ד"ר אבישי ראובן
אורתופד מנתח מומחה
מ.ר. 36609
28151 מ.ר.מ.

191

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרכז הרצליה, הודיב 1 הרצליה, טל: 09-7795500, פקס: 09-7795500
שעות פעילות: א' 14:00-21:00, ב' ג', ד' ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפול ל: גולן אילה (43502773)

מספר	מחלקה	תאריך	יום	שעה	זמן/מחלקה	סוג טיפול
1	הרצליה	05/10/2020	ב	17:40	בג' לוסם	טווינא
2	הרצליה	05/10/2020	ב	18:10	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
3	הרצליה	12/10/2020	ב	16:20	בג' לוסם	טווינא
4	הרצליה	12/10/2020	ב	17:00	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
5	הרצליה	19/10/2020	ב	16:20	בג' לוסם	טווינא
6	הרצליה	19/10/2020	ב	18:50	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
7	הרצליה	26/10/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
8	הרצליה	26/10/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
9	הרצליה	02/11/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
10	הרצליה	02/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
11	הרצליה	09/11/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
12	הרצליה	09/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
13	הרצליה	16/11/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
14	הרצליה	16/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
15	הרצליה	23/11/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
16	הרצליה	23/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
17	הרצליה	30/11/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
18	הרצליה	30/11/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)
19	הרצליה	07/12/2020	ב	16:00	בג' לוסם	טווינא
20	הרצליה	07/12/2020	ב	16:30	כץ אילן	דיקור (אקופונקטורה)

דיקור (אקופונקטורה): 10, טווינא: 10

- לתשומת לבך,
- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועד הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו בינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

ברכת בריאות שלמה,

וות מרפאת "מכבי טבעי הרצליה".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabifit.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

קבלה 2105500023689 - מקור

קרבן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדינת ישראל: הרצליה
תאריך: 13/09/2020
עבור: גול אילה, ת"ד: 43592773, תפ"י: כתובת השושנים 11, הרצליה
הערות: 10 דיקור 10 סוויט
מקושר ל:
סוג:

סוג חשבונית	חברת אשראי	מס' עסקה	כרטיס	כמות
אשראי	ניזה כאל	תשלומים(6)	68348	1,760.00
סה"כ: 1,760.00				

מספר שובר: 68001008, עסקה סלפונית, לא מספר עסק

יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
מחיר הטיפולים היום על פי מחירון מכבי סביר. ההסכמת של שירותי הבריאות המספרים תהיה בתוקף - מכפף לזכאות המסמך בשב"ב בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי במחיר הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
הסכמת מבצע 9+1 (במידה ונדרשה) תהיה בתוקף במידה והחלטה הסדרה במלואה הינה באישור המטפל. במידה והחלטה הסדרה הינה בכפף לתקן הפבז.
למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים ששולמו וסוף דיון ייפול בגינם. במידה והמטופל יגיע על הפסקת הטיפולים - החברה נספית וחוזר במלואה (בערכי קרבן מלבד).
האמור לעיל הינו בכפף לתקן שירותי הבריאות המספרים של מכבי שירותי בריאות, ולחוקת מכבי סביר.
ברכישת צמח מרפא - לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמח מרפא מדינת הרכישה והחלפתו. לחל אף נקבע איכות בחינה.

חתימה

פק על ידי: לוי דורית 13/09/2020 16:16

13/09/2020 16:16

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>יעקב</u> שם האב	<u>045912773</u> תעודת זהות	<u>אריאל</u> שם פרטי	<u>הרצוג</u> שם משפחה
<u> </u> טלפון	<u> </u> מיקוד	<u>הרצוג</u> עיר	<u>מס' 11</u> רחוב

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: 13.6.21 עד לחתימה ומס' ת. אריאל פרייזר חתימה: X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מרחוב _____, ת.ז. מס' _____, 043892773
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 14.4.20
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 הכרות 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.

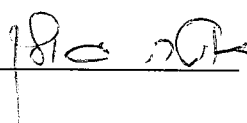
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 11 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשום: 62254
עורך-דין