

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

15.5.21

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

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : תאונה מיום 14.7.20
רכב מס': 45-016-55
הנפגע: אברהם אבדורכמנוב, ת.ז. 317636199

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

1. ביום 14.7.20, בשעה 19:00 או בסמוך לכך, ברחוב א.ס לוי ברמלה, היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מרשי מעורב בתאונה ומרשי נפגע ונחבל בגופו. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב, רישיון נהיגה ותעודות ביטוח חובה (של הרכבים המעורבים), מסומנים "1 - 11"

2. לאחר התאונה טופל מרשי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות שוחרר מרשי לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "12 - 14"

3. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל מרשי במסגרת קופת החולים, הוא הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, חופשת מחלה והמלצה לנטילת משככי כאבים

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "15 - 18"

4. מרשי ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים בסיומם נותרו הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב והוא הופנה לביצוע תרגולי שחיה ועיסויים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "19 – 22".

5. מחמת התאונה ותוצאותיה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה וביצוע תפקודים יומיומיים.

6. מרשי עובד בחברת אלקטרוניקה. מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

7. לאחר התאונה מתקשה מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתו ויזקק להם גם בעתיד.

8. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך 135,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

9. 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 בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
<u>אריאל יצחק</u>	<u>אריאל</u>	<u>317636199</u>	<u> </u>
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>טלפון</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה 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 _____ עליזה אריאל פריינד שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 2.3.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. 10254 מס' רשיון: _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ אברהם אברהם-1/1
ת.ז. מס' _____ קדיש 3177, מרחוב _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 14.7.20
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 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 הכת, 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 רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה 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 7 לחודש 3 שנה 27

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריימן
מסי רשמי: 2254
יגור-דן

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים	יחידה	תחנת רמלה שפלה	מספר תיק פלא	2020	425496 /
תאריך	16/07/2020	כ"ד תמוז תש"פ	12:53	סיווג תיק	ת.ד.
מס' תיק מסוף	3	2020 -	4666 -	5220 -	מס' מסמך בתיק א
טלפון				פקס	
כתובת	הרצל 80, רמלה				
נושא המסמך					

לכל המעוניין	1. תאריך התאונה:	14/07/2020	בשעה	19:10
2. מקום התאונה:	רמלה א.ס. לוי בכביש עירוני			
הערות מקום:				
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:				

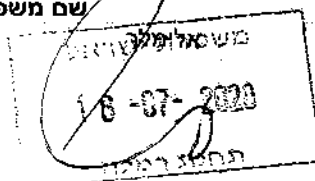
פרטי הרכב	מספר רכב	4501655	סוג רכב	פולסו	תוצר רכב	פורד גרמניה
חברת ביטוח	שלמה "סיקסט"		מספר פוליסה	11035172942000	סוג לוחית	ישראלית
שיוך המעורב	נהג		שם	אברהם אבדורכמן	שנת לידה	08/08/1979
כתובת	רמלה, בוגנים אהרון 12		קופ"ח / בית חולים	ט.ר.מ.	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה

פרטי הרכב	מספר רכב	4626255	סוג רכב	פולסו	תוצר רכב	ב.מ.וו ארה"ב
חברת ביטוח	מנורה		מספר פוליסה	0433208321191	סוג לוחית	ישראלית
שיוך המעורב	נהג		שם	נוגה זרדב	שנת לידה	25/01/1975
כתובת	אחיסמך, הגפן 64		קופ"ח / בית חולים		חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:	מצב התיק:	בחקירה	מתאריך:	16/07/2020
5. כמות נפגעים:	1			

פרטי המטפל בתיק	מ"א	471763	שם משפחה	אלימלך	שם פרטי	סימי
-----------------	-----	--------	----------	--------	---------	------

פרטי השוטף המוסר	מ"א	471763	דרגה	רב נגד	שם פרטי	סימי
------------------	-----	--------	------	--------	---------	------



יש להצטייד בתעודות מזהות מקוריות של בעל הרכב ושל טיפוח הכוח

בהתאם לתקנות החעבורה אין חובה לשאת רישיון רכב ורישיון נהיגה בעת נסיעה עם זאת, חלה חובה לשאת תעודת זהות ורישיון נהיגה ורישיון רכב כגון ביטוח התניית רכישת וכל מסמך אחר המחויב ע"י חוק



רישיון רכב

מספר רכב: 4626255 מסוג: M1 פרטי נוסעים

19/07/2021

מספר זהות: 03213822-4

בעלים זרוב נוגה
מזה: הגפן 64 אחיסמך 7310500
תאריך רישום: 20/07/17

תאריך בעלות: 20/07/17
בעלים קודמים: 00

תאריך הדפסה: 09/05/20

מועד עליה לכביש: 07/2017

מספר שילדה: WBAXX1103H0W09154

סהם ליד הנגה: 1
נפח: 1995

מחשבת ישיבה למעט הנגה
סוג דלק: דיזל טורבו

תוצר מנוע: B M II
דגם מנוע: B47D20A

מספר קודם: 245/50R18 100 W
מספר אחור: 245/50R18 100 W

מספר סמך: 63529897

צבע לבן
הנעה 4X4

מספר מיל: 2335
מספר מורשה

רישיון נהיגה

רישיון נהיגה מתאים B

מספר נפח
מספר מיל

רמת אבזור בטיחותי: 1

דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום
מספר זהות: 03213822-4
מספר רכב: 4626255
מספר מיל: 2335
מספר מורשה: 245/50R18 100 W

מספר רכב פנאי-שטח
קבוצת רישוי: 7

דגם: XX11
תת-קטגוריה: SPORT

תוצר B M II ארקה"ב
כוח מסחרי: X4 XDRIVE 20D

קוד	מספר זהות	מספר רכב	מספר מיל	מספר מורשה	מספר נפח	מספר מיל	מספר מורשה	מספר נפח	מספר מיל	מספר מורשה
00722-0215	16-0612	10	10	10	6	190.00				

תאריך הגבלת מידע נוסף
שעבוד לבנק לאומי לישראל
פסוק מרשימה בלגל סלולר

רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



אבדורכמנוב

1. **ABDORACHMANOV**

אברהם

2. **AVRAHAM**

3. **08.08.1979**

4. ט"ו באב התשל"ט

4a. 11.07.2017

4b. **08.08.2027**

4d. ID 317636199

5. **8043429**

6199

8. בוגנים אהרון 12 רמלה

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

אמבולנס עד 4,000 ק"ג

חלגזה מעל 20,000 ק"ג

6199

B C



שיום לה
מסורת תשובה שאינה מלאה וכו' חסד כריתת חוצה הביטוח
עולה להקטין את המצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקטנה ולחסד וכו' המצויים מבעל הפוליסה.
למסורת ולחסד בסעיף 9 לפוליסה.

4501655: מס' חשבו

מס' תפוציטה: 1103517294/20-00

מסלול הכנסה
מסלול רכב לצורך ביטוח: פרטי
צווח/חגמ: פורח פרידלסטרנד
מס' שניה: 73748
שנות הצווח: 2017 מס'ק/משקל: 1499
מס' נוסעים: כחוק
מס' רישום/תאריך: 18/12/19 שעה: 0000
קוד מוסב: 62-3180-7
חתימת חגמ:

ש. שלמה תבורה ליסח
תאריך: 18/12/2019 שעה: 00:00
מס' תביעה: 461
מס' תביעה: 161219

שית

הסכום לתשלום: 917.00

הדפסה מתאריך 18/12/19

9028078

עוֹתָק לַחֲבוּטָה
תַּעֲוֹדַת בִּיטּוֹחַ חֹבֶבָה

לעיתונות בישראל ובעולם / נוסח חדש / מאי 1978

העתק - לא תעודה מקורית

שם בעל(י) חסודיסה: נ. צ. ו. / א. ל. אלקסדרוויקה

כחובת: קרית שלמה נ"ח צב" 72905 תנ" / ח.פ.

230005085

17/01/20

31/12/20

01403

מועד תחילת הביטוח וההגדרה של המועד והתאריך בו תחולת הביטוח לא (לא)
מועד סקיעת הביטוח:

מועד פקיעת הביטוח:

כמפורט במסמכים אשר מספרותם מובאים בגב העמוד 10

תשימוש תקופת

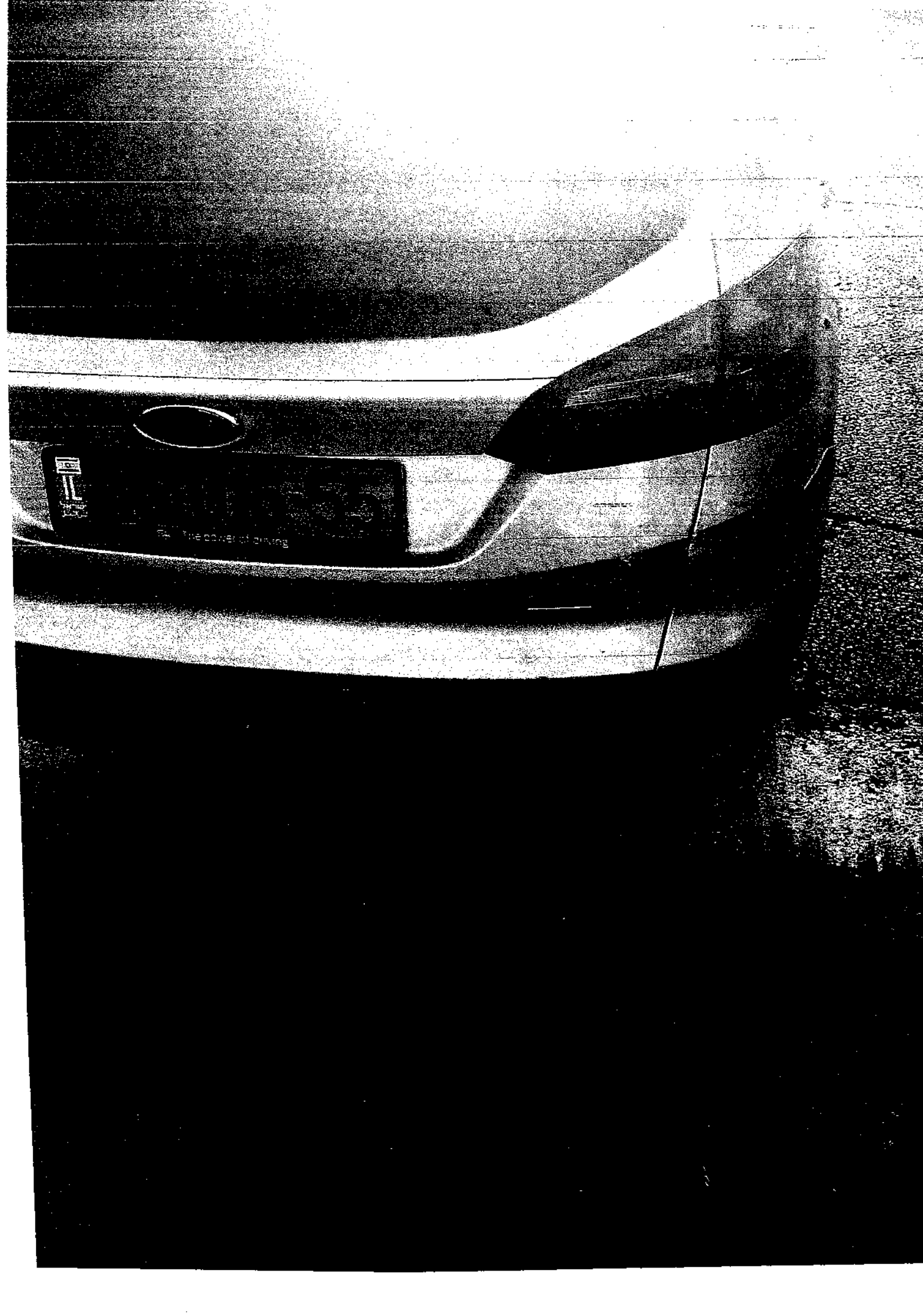
מפורט בסעיפים אלו תספורתם מן היום שבב תעודת זו
שם חסכוני חל' 5

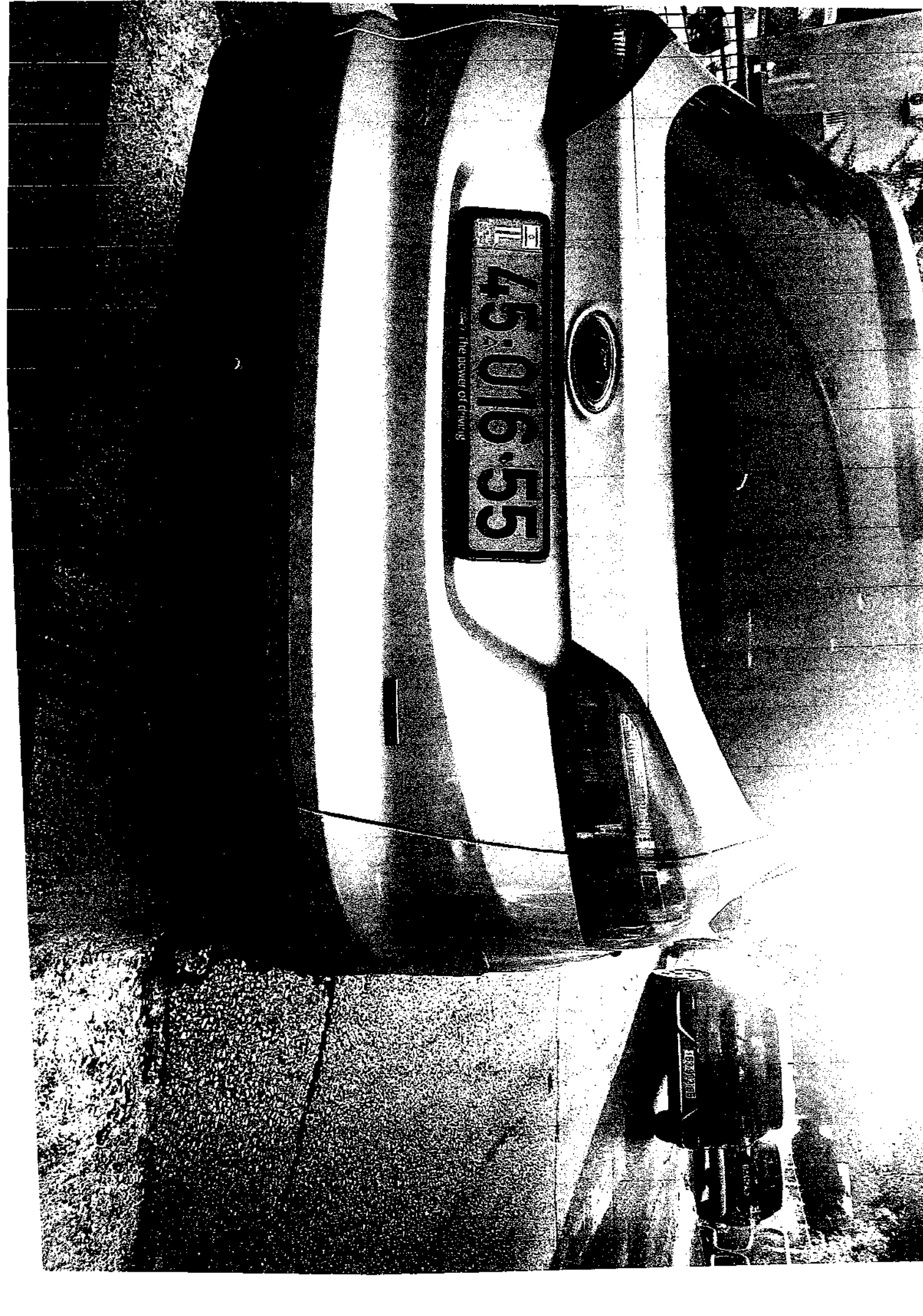
שם הסוכן: מ/מ

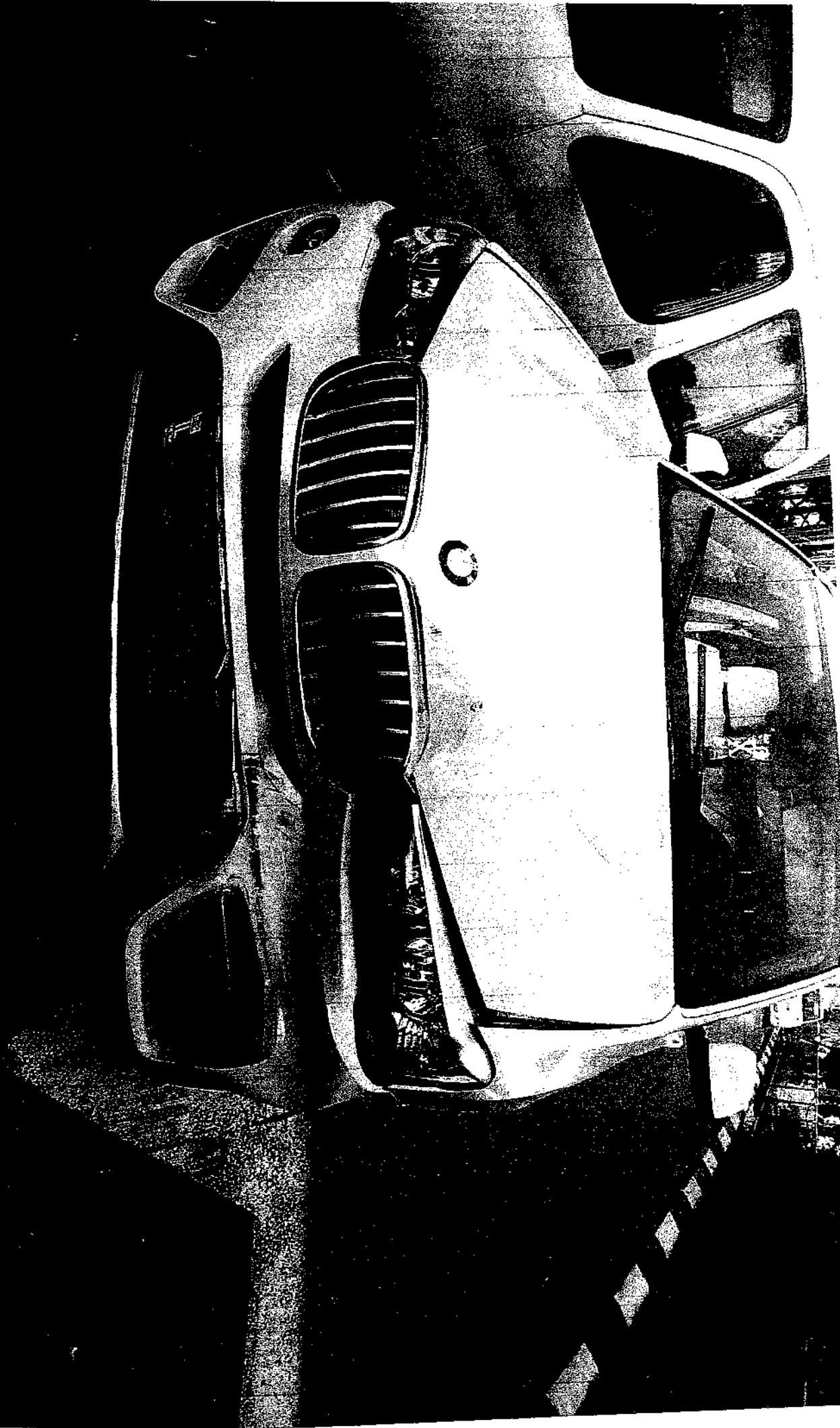
כפי שהחלט הבאק
 - להעביר את
 - יין לם תוקר.
 - אבן בורק ונחמ
 - נחמ בן נחמ

התאחדות
סניף הדרום

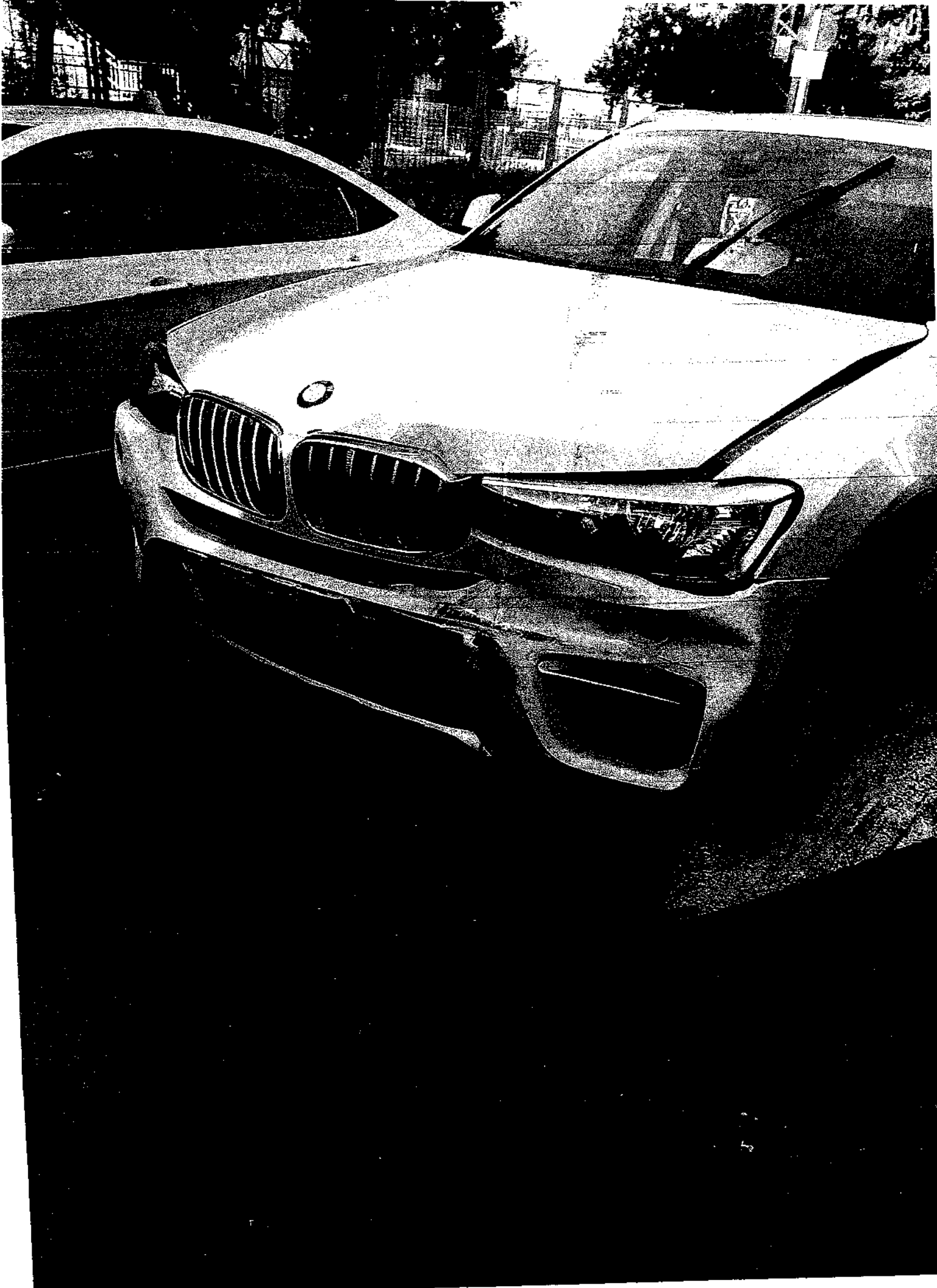
אנחנו מאמינים בזה כי המלצר המושלם הוא זה שיוצא לך חיוך וזו שמירת הדימוי לך ולחברתך המוקדמת.
עם שכל המלצר המושלם הוא זה שיוצא לך חיוך וזו שמירת הדימוי לך ולחברתך המוקדמת.
דרור שלמה שולמזון מיתר וזו שמירת הדימוי לך ולחברתך המוקדמת.
011-3739 | 4951245 פתח תקוה
www.shlomoh.com











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

תלונה: כאבי גב תאונת דרכים. פרוט: כאבי גב	תיק מס': 141450	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 166749	י"ר ביקור: 22:55 14/07/20
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	------------------------------

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בדי	שם: אברהם אבדורכמנוב תד: 317636199	הוא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם תקין מכבי
---	---------------------------------------	---

סיכום הביקור:

Diagnosis

Back pain

ים פאראוטי'בראלית בצוואר בצד ימין וגם בגב תחתון מצד ימין

Pulse: 84, TempC: 37.1 PO, O2sat: 99, BP: 113/75 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 40 years 11 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is moderate, Has Para-C-Spine pain, Has Para-L-Spine pain
Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1
planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

ריה / אנמזה רפואית:
בריא עד כה ללא טיפול תרופתי קבוע

מערב בתאונת דרכים ביום קבלתו לדבריו עזר במעבר עצייה ורכב אחר פגע ברכבו מאחור (היה חגור)
מתלונן על כאבים בעמוד שדרה צווארי ובגב תחתון יותר בצד ימין ללא תלונות נוספות

ה גופנית:
כללי טוב נינוחה ועירנית
ח חיוניים תקינים
לול סדירים אך מהירים ללא אוושות
כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ
כה לא רגישה
גישות פאראוטי'בראלית צווארית ובגב תחתון בצד ימין .

CORONA : No cough, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO fever/cough/SOB
in the past 48 hours, NO contract known positive, No fever over 38, No SOB

ודיון:
בריא עד כה

של כאבים בגב תחתון מצב ימין וצווארית פאראוטי'בראלית לאחר תאונת דרכים
גופנית תקינה למעט רגישות בגב תחתון מימין בצוואר
נים-ללא עדות לשברים

רר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:
י כאבים לפי הצורך
מקרה של החמרה יש לפנות לראפא מטפל
ין גם בגליון הביקור הסכום

Tests done (results scanned on actual chart)

ת שבועו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

ם שבועו:
שדרה מותני <<<

שדרה צווארי + דנס <<<

Prescriptions

מימים שניתנו בסוף הטיפול:

Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #10 (Ten) tablet

שמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

יות מיוחדות והמלצות בשחרור

כגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב. להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

חזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מזפיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

ת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השתרו מטרם . טרם אינה אחראית כות 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 ותורפות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

תוקף הפניה זו הוא עד ל

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

לכבוד : אברהם אבדורכמנוב TO:

למספר ביקור:

166749

Patient #:	141450	מס' תיק	ID #:	317636199	תו
		אור יהודה		10	חודר

תאריך רישום: Date of Payment: 14/07/2020

Invoice #:
מס חשבונית: 49863

מקור/Original

מספר עוסק מורשה:
512585548מספר ע"מ לצורך דיווח
מע"מ: 557760337Receipt of Paymentחשבונית מס קבלה

תיאור: ביקור רגיל Description:

כרטיס אשראי/Credit card..... ₪ 92.00

Subtotal:	סה"כ לפני מע"מ: ₪ 78.63
VAT:	מע"מ: ₪ 13.37
Total:	סה"כ כולל מע"מ: ₪ 92.00

הונפק בתאריך: 14/07/2020 Issued:

מספר שובר : 56001014 Clearance number :

Company Stamp

חתימה

דפוס
דחופה מזמין
540249760

מ.ר גורם מפנה



0033811498



108767

קוד הפניה: 179605479

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: בתן אלי' בת ים

ד"ר קליין רות

כירורגית אורתופדית | אורתופדית כתף

התמחויות:

מומחה בכירורגיה אורתופדית

שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: אברהם		ת.ז.: 317636199	
ת.לדה:	08/08/1979	מין:	ז	טלפון:	0547921423
כינוי:	בוגנים אהרון 12/9	מיקוד:	7227311	טל. עבודה/נייד:	0546757128

מכון פידיוטרפיה

גורם משלם: 5 תלונות דרכה

תלונות: 49

בדיקת גידול

בדיקת גידול שמאל לאחר נפילה בשנת 2000 - שבר קרסול אשר נטפל ביתחית לדבריו
 31.07.2019 נפגע מרכב אחר מאחור. נבדק במוקד וכן צולם לע"ש צמארי ומותני - ללא עדות לשבר.
 ב-12.09.2019 נפגע מרכב אחר וכן נפצע לרגל ימין.
 ללא תלונות סוגריות חדשה.
 סיפל עם בגדי דלקת וללא שיפור משמעותי.

ממצאים: רגישות חיפחית קלה על גבי ע"ש לכל אורכו, תנועות צמאר מלאות.

ללא חסר עצבי בגפיים עליונות או תחתונות לפי C4T1L2S1 החזרים גידים סימטריים לא הופקו החזרים פתולוגים

• BACK PAIN

אבחנה

- CYST KIDNEY ACQUIRED Left (05/2020) PER US
- COLONOSCOPY (11/2019) SIGMOIDOSCOPY: HEMORRHOIDS
- POLYP GALLBLADDER (09/2017)
- FATTY LIVER (05/2020)
- GASTROSCOPY (07/2016) NORMAL
- ANEMIA (2016)
- HEMORRHOIDS (2015) PER SIGMOIDOSCOPY
- TOBACCO USE D.BORDER- IN REMISSION (17/05/2018)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (2015)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2015)
- LACTOSE INTOLERANCE

בעת בדיקה

רגישות: 30.5.2019 - ללא שינוי

רגישות: 16/11/2005 - PENICILLIN - פריחה - נפוחות, נפוחות

FOLIC ACID MAC 5MG X 10 1X1X30

תרופה: 100

מעטפות: הפסוק

סיבה: תלונות המשך טיפול

מ.ר גורם מפנה



108767

ד"ר קליין

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיית כתף

התמחות:

מומחה בניתוחי אורתופדיה

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: בית אל 1 בת ים

שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: אברהם		ת.ז.: 317616199	
תאריך: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423	טל. עבודה/בידי: 0546757128	מיקוד: 7227811	
כתובת: בוגנים אהרון 12/9	דירה: 1				

אישור מחלה

הנני מודיע כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אין: 14/07/2020 עד יום: 21/07/2020 סה"כ: 8 ימים.

ד"ר קליין
אורתופדיית כתף
מ.ר גורם מפנה
108767

16/07/2020

חתימת הרופא

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מץ טמז

אגודה לעזרה רפואית

מומחה ברפואה פנימית

שרות רפואי מוסמך

מס' רשיון: 27475

כתובת: רח' שמחה הולצברג 16, בית רופאים
פנורמה, רמלה

טלפון: 08-9210834

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אבדורכמןוב	שם פרטי אברהם	שם האב יורי	מס' זיהוי 317636199	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמלה	רחוב בוגנים אהרון	מס' 12	מיקוד 7227811	שנת לידה 1979
חבר (כל)	כ			
שם המעביד וכתובתו א.ל.אלקטרוניקה	טלפון 03-5395100	מקצוע טכנאי יצור		
ת. פגיעה 14/07/2020	שעה 19:10	התעסקות בשעת הפגיעה תאונת דרכים בחזרה מעבודה		
האיבר שנפגע צוואר, גב, רגל ימין	שם הרופא המטפל מץ ט.	נמצא בטיפול מיום 14/07/2020		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ב 14/07/20 בנהיגה בחזרה מעבודתו רכב התנגש בו מאחור. היה חגור. כרית אוויר לא נתפחה. מאז התאונה כאבים חזקים בצוואר האחורי, בגב התחתון וברגל הימנית. באותו יום נבדק ב TEREM בלוד. בצילומי הרנטגן של עמ"ש צוואר ומותני ללא עדות לשבר. ETOPAN גרם לכאב ברופ הבטן. ב 16/07 נבדק על-ידי אורתופד ד"ר קליין חגי. בבדיקה ללא חסר עצבי בגפיים העליונות והתחתונות. הומלץ על נטילת ZALDIAR, פיזיותרפיה.

הממצא הקליני:

ללא סימני החבלה. שרירים פראוויטיברליים תפוסים יותר מימין, רגישות באיזור הצוואר והמותן. תנועות בצוואר ובגב התחתון עם כאבים. תחושה וכח גס ברגליים שמורים.

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

14/07/2020 בתאריך:

TEREM לוד

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- ROAD ACCIDENT
- NECK PAIN
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

20/07/2020

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא
מחאה
מ.ר. 27475
מ.ר. 17644

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

פיזיותרפיה

מיחל"ה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275658

פקס: 073-2284408

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמן	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.ל.ידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811	טל.עבודה/נייד: 0546757128



0317636199

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' דר' טואטי קולט תאריך הפקה: 30/09/2020

מ/ר: אבדורכמן אברהם ת"ז: 317636199

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY

מטרות:

מטרות: תאריך יעד: סטאטוס: תאריך יצאה: 21/07/2020

יוכל לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב ותחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים

טופל החל מ- 21/07/2020

מדדי תוצאה:

שם מודד	ציון מעבדה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	54	63
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	7
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	נמוך

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרבית
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

הערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צווארי ומוותני, הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה וקיסויים.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



134453

פיזיותרפיה

זליה סאלם

פזיותרפיה

טלפון: 08-9276858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם
ת.ז.: 317636199	ת.ז.: 0546757128
ת.לדה: 08/08/1979	טל. עבודה/נייד: 0547921423
מין: ז	טלפון: 7227811
כתובת: באגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811
0317636199	

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: מיחליה סאלם

☒ הפק ללא תדפסה

מכבי
מחלקת
מכון פיזיותרפיה
רמלה

23/05/2021 11:01

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

מ.י חליה סאלם

פ.י פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אברורכמנוב	שם פרטי: אברהם
ת.ז.: 317636199	ת.ז.: 0546757128
ת.לידה: 08/08/1979	מין: ז
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/09/2020

לכבוד דר' דר' טואטי קולט

ת.ז.: 317636199

מ.ר/ת אברורכמנוב אברהם

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY •

מטרות:

תאריך יצירה

סטטוס

תאריך יעד

מטרות

21/07/2020

יגבל לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב
תחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים

טופל החל מ- 21/07/2020

מרדי תוצאה:

ציון בביקור
אחרון

ציון בקבלה

שם מדד

63

54

7

8

נמוך

גבוה

מדירה תפקודית (בטוח של 0-100)

רמת כאב (בטוח של 0 עד 10)

Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Modalities-

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרבית
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטיהערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צווארי ומותני,
הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה ועיסוקים.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גרס מפנה

פיזיותרפיה

מיחלייה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם
ת.ז.: 317636199	ת.ז.: 0547921423
ת.לידה: 08/08/1979	טל.עבודה/נייד: 0546757128
מין: ז	מיקוד: 7227811
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	
0317636198	

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: מיחלייה סאלם

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

☑ הפק ללא הדפסה

מכבי
מחלקת
מכון פיזיותרפיה
רמלה