

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

28.6.21

מ.ל.ב.  
לצרכי פשרה בלבד

לכבוד  
חגי אהרונוב, עו"ד  
הראל חברה לביטוח – מחלקת תביעות חיים  
באמצעות דוא"ל

ח.נ. שלום רב,

הנדון: יובל הררי, ת"ז 24575441  
מספר תביעה: 12179424

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מכתבכם מיום 18.5.21 הועבר לעיוני ומכאן פנייתי.
  2. מרשי שבנדון נפגע ברגל ימין עת קיבל מכה מפח במסגרת עבודתו.
  3. הדבר מצויין מפורשות הן בתיעוד הרפואי והן בטופס הדיווח שמילא המעביד, עיריית פתח תקוה.
  4. אשר על כן, משנפלה שגגה בהחלטתכם ועל מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות משפטיות, אבקשכם לעיין בהחלטתכם ולשלם למרשי תגמולי ביטוח להם זכאי מכח הפוליסה.
  5. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- \*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים על ידי מרשי שבנדון.

  
בכבוד רב ובב"ח,  
אריאל פרייברג, עו"ד



אגף התברואה והרכב

## טופס דיווח על תאונת עבודה

לכבוד

מר מאיר סאיג  
הממונה על בטיחות וגיהות

הרינו לחודיעך על תאונת עבודה שפרטיה לחלן:

### (1) פרטי הנפגע

שם משפחה: דביר שם פרטי: אלי ת.ז.: 2455541  
כתובת מגורים: כ"ו יצמ" 3 פ"ב טלפון: 2143394 סמס:  
תאריך לידה: 21/12/69 תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_  
תפקיד: מפנה אשפה/חלוץ/מחזיר פחים ותק בתפקיד: \_\_\_\_\_  
שם הממונה הישיר: יעקב ממו

### (2) פרטי התאונה

תאריך התאונה: 11/11 שעת התאונה: 8<sup>00</sup>  
שעת תחילת עבודה: 06<sup>00</sup> קיבל טיפול ב: המחלקה  
מקום התאונה: במסלול פ"ב - 3333  
מהות העיסוק בעת התאונה: במסלול פ"ב - 3333  
תיאור התאונה: כאשר הולך למסלול פ"ב - 3333  
לפי מפתת בטיחות ימין במסלול פ"ב - 3333  
עדים לתאונה: שם קוממו חנהג: א.א.  
איברי גוף שנפגעו: כף ימין - כאב כבד  
ימי היעדרות מ: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

### (3) פרטי ממלא הטופס

שם ממלא הטופס: א. סאיג תפקיד: מנהל פ"ב  
אגף/מחלקה: התברואה והרכב טלפון: 03-5433813  
חתימה: א. סאיג תאריך: 11/11

העתק: תיק בטיחות יחידה

פירוט אירוע: כאשר הולך למסלול פ"ב - 3333  
לפי מפתת בטיחות ימין במסלול פ"ב - 3333

תאריך: 07/01/2021

**תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |               |           |              |
|-------------------|---------------|-----------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | הררי יובל |              |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-02457544-1 | 51.02     | 20/11/1969   |
| מס זהות           | גיל           | ז         | ת.לידה       |
| נחמיה             | שם האב        | מין       | נחמיה        |
| פתח תקווה         | הנצחון        | 3 / 1     | 50 - 2143391 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית    | טלפון נוסף   |
|                   |               |           | טלפון        |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה  
תאריך תאונה: 01/01/2021  
שעת התאונה: 08:00

שם המעביד וכתובתו: עיריית פתח תקווה, יקותיאל אדם, 3

תאור התאונה: קיבל מכה בכף רגל מפח זבל

|        |        |                          |
|--------|--------|--------------------------|
| אבחנות | איפיון | אבחנה                    |
| קוד    | 9242   | CONTUSION ANKLE AND FOOT |

הטיפול שניתן:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 03/01/2021 עד יום 12/01/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/01/2021

07/01/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אלכסנדר ז'וצ'נקו

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: הדר גנים - רופאים עצמאיים-פתח תקווה  
מחוז: דן-פ"ת

1/02/2021 תאריך

## הפניה לרפואה יועצת

|                   |               |           |            |
|-------------------|---------------|-----------|------------|
| פרטי המטופל       |               | הררי יובל |            |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-02457544-1 | מס זהות   | 51.02      |
| שם האב            | נחמיה         | ת.ל.ידה   | 20/11/1969 |
| נחמיה             | 50            | טלפון     | 2143391    |
| פתח תקווה         | רחוב          | מס בית    | 3 / 1      |
| ישוב              | הנצחון        | מס בית    | 3 / 1      |
| ישוב              | רחוב          | מס בית    | 3 / 1      |

01/01/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35428165083

גורם שולח  
5428  
מספר הפניה  
035428165083  
תז נבדק  
24575441  
מספר רשיון  
026521

| שירות שנבחר | קוד שירות | קוד משה"ב          | תיאור רפואי |
|-------------|-----------|--------------------|-------------|
| 70017       | L9249     | בדיקת רופא אורתופד | 70017       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/01/2021  
עובד עירייה בפינוי אשפה

קיבל מכה מפח בכף רגל ימין

נבדק במיון  
רגל התפחה, כאבים  
13/01/2021  
עדיין כאבים בפרק בוחן שמאל. נפיחות, רגישות  
26/01/2021  
עדיין כאבים באצבע. זקוק להמשך ח.מ.  
01/02/2021

היה שיפור תחת טיפול בקולכיצין. היפסיק טיפול. כאבים ונפיחות בבוהן חזרו  
בזמן התקף ב 14/1 עשה בדיקת דם CRP היה תקין וגם UA

סימנים חיוניים: גובה 172 26/05/2019 משקל 29.07 bmi 26/05/2019 86  
לחץ דם 125 / 80 26/05/2019  
דופק 83 26/05/2019

16/12/2019 מתאריך 108.1 eGFR

FEV1 (%) 77 עודקב 09/05/2018 FVC (%) 81 עודקב 09/05/2018 FEV1/FVC 0.76

הפניה לרפואה יועצת

הררי יובל

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2

01/02/2021

הודפס ע"י ללי תמיר 00-02457544-1



סיכום ביקור - מרפאת כף רגל

2457544-1 הררי יובל

בן: 51

כתובת: הנצחון 3 כניסה . פתח תקוה 4958150

מספר קבלה: 2021052783

תאריך ביקור: 18/04/2021 11:48

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| מחלקה: מרפאה אורתופדית כללית      | טלפון: 03-9372548 |
| מנהל: דר' יאסין מוסטפא מ.ר. 31338 | פקס: 03-9372755   |
| אח/ות אחראי/ת: מלצר אולגה         |                   |

תלונה עקרית

תפוחות אצבע 1 כף רגל ימין  
החלו טיפול באבחנה של GOUT  
מ 1.1.2021 עדיין כאבים, הופנה  
לשקילת אפשרות של פגימה באצבע  
מעבר לגאוס. מתקשה בעבודתו -  
עובד בתברואה.  
ב MRI רושם לשינויים שחיקתיים של המפרק  
יתכן על רקע מואץ **בעקבות החבלה עם בצקת**  
מקומית וקרעים של ה PLNTAR PLATE

בדיקה גופנית

טווחים מוגבלים של מפרק ה MTPJ הראשון,  
הלפידוס חופשי, רגישות במישוש, ללא אודם  
או חום מקומי

הוראות

המשך טיפול

לא

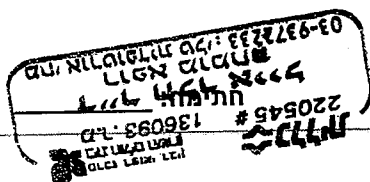
המלצות

1. בדיקת רופא תעסוקתי
2. מדרסים לפי מידת גבס עם הקשחה
3. תחת ראש המסרק הראשון MORTONS EXTENSION
4. פיזיותרפיה:
4. מעקב אורתופד בקהילה

דיווח פעולות:

| קוד שירות | כמות | פעולה                     | תאריך            | נרשם ע"י                |
|-----------|------|---------------------------|------------------|-------------------------|
| 70017     | 1    | בדיקת רופא אורתופד במרפאה | 18/04/2021 11:51 | דר' הלר אייל מ.ר. 36093 |

נחתם ע"י: דר' הלר אייל מ.ר. 36093



בתאריך: 18/04/2021, 11:53

המסמך הודפס ע"י דר' הלר אייל

\*\*חשוי איש \*\*

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 02459447 מרדכי היהודי ז רא,  
ת.ז. מס' 02459447, מרחוב היהודי ז רא,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 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 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 כתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 13 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג  
מס' דש"מ: 52258  
עורך דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: הרצוג שם פרטי: יוסף תעודת זהות: 024575441 שם האב: חנה  
 מס': 3 עיר: פתח מיקוד: 0502/43391 טלפון: 0502/43391 רחוב: הרצוג

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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
 או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: 15 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: 13.6.27 עד לחתימה ומס' תמונה: 42254 חתימה: X

**עו"ד אריאל פריינד**  
**תל"ד רשמי: 42254**