

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

15.3.21

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 12
רמת גן

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 11.12.16
הנפגעת: הדס שורץ הופמן, ת.ז. 4014384

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

1. ביום 11.12.16, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, לאחר שעלתה על אוטובוס קו 10 של חברת דן, אשר היה נהוג ע"י יוספוב גריגורי, בטרם הספיקה להתיישב, בלם נהג האוטובוס בפתאומיות ומרשתי עפה אחורנית ונפגעה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור נסיעה וצילום מדחן הכסף של הנהג מסומנים "1 - 2"

2. יצויין זה עתה כי לאחר התאונה פנתה מרשתי לחברת דן ודיווחה אודות התאונה ופרטיה.

3. נוכח החמרה בכאבים פנתה מרשתי לקבל טיפול רפואי בבית החולים בילינסון, שם אובחנו חבלות בבטנה, בעכוז ובגב התחתון. כן, אובחן שט"ד באגן מימין. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות, שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב מכתב משוחרר, מסומן "3 - 5".

4. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני פנתה לקבלת טיפול אורתופדי והיא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

5. מרשתי ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים במשך כ-9 חודשים. אולם, אלה, לא השיגו את מטרותיהם והיא נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון.

6. במהלך תקופה זו הרתה מרשתי ועל כן, בתום טיפולי הפיזיותרפיה לא אושר לה לקבל טיפולים נוספים, וזאת, על אף הצורך הרפואי והגבלה שנותרה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "6 – 8"

7. מאז התאונה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

8. מרשתי עובדת סוציאלית בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

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

10. 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 78,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

11. 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)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
הרמן	דני	4014384		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
25	46	יר		

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: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 2.2.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר 4014324, מרחוב יגאל 46 נת,
ת.ז. מס' 4014324, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לענין תאונת דרכים מיום של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לענין תאונת דרכים מיום 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 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

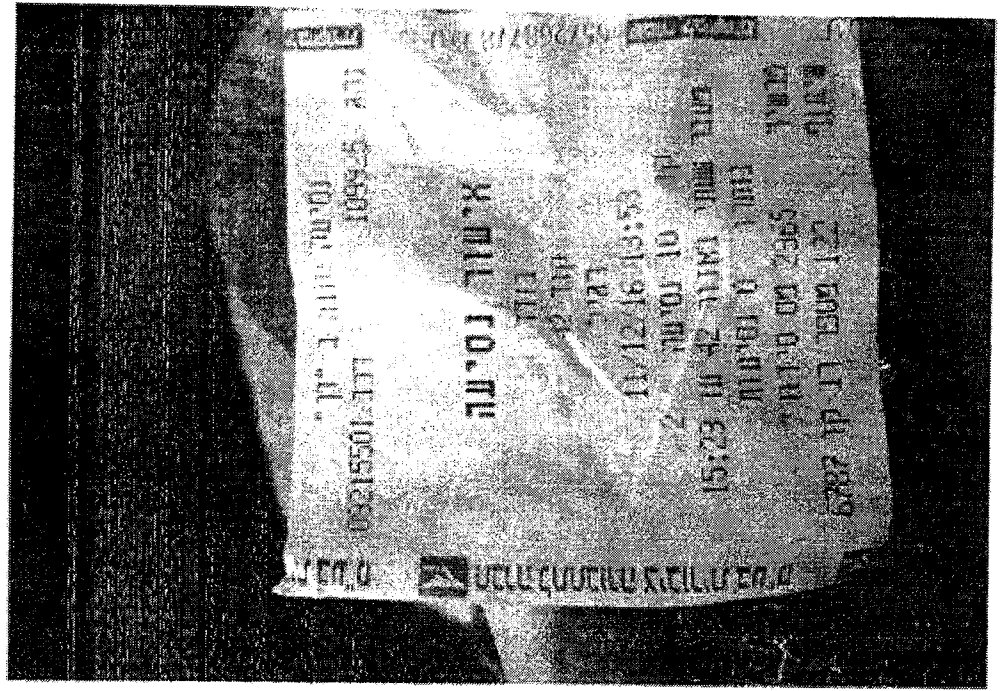
היום _____ חודש _____ שנה _____

חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' תעודת זהות 62254

1

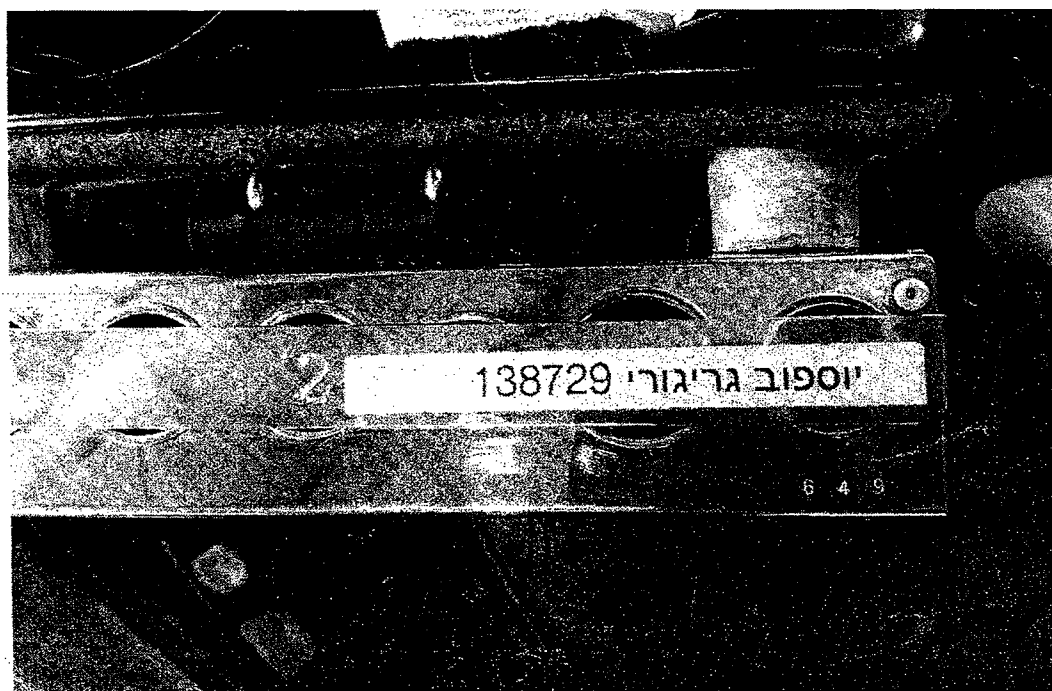


SECRET

地址: 200045 上海 200045
 邮编: 200045
 电话: 021-52901111
 传真: 021-52901111
 网址: www.163.com

D.V. ~~CONFIDENTIAL~~ 557268778 D.V.

1



BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר עבד אלחלים מאסר
מ.ר. 127206 00:20 12/12/2016

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 12/12/2016

שם משפחה:	שורץ הופמן	ת. לידה:	01/10/1980
שם פרטי:	הדס	ת. זהות:	4014384
כתובת:	רמב"ם 46, פתח תקוה 49542	מין:	נקבה
טלפון:	052-8460817	גיל:	36
סוג דם:		שם האב:	פנחס

מס' קבלה: 2016221582
למחלקה
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

תאריך קבלה: 11/12/2016 17:40
מספר קבלה: 2016221582

אופן הגעה למיין
הגיע למיין: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: אחר
הפנייה: ק
סטטוס מטופל: אחר

אבחנה

- OTHER INJURY OF OTHER SITES OF TRUNK (95919)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת גב
הערות: בגלל עצירה פתאומית של נהג אוטובוס נפלה אחורנית חבלה בגב ואגן

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

אורתופדיה:
בת 36, בריאה בד"כ, רגישות לחקסילין, יתכן שבהריון
ביום קבלתה נפלה עקב ת"ד באוטובוס ונחבלה בעכוז ימין
מאז - כאבים בעכוז ימין ובבטן מימין
בבדיקתה:
מתהלכת ללא צליעה וללא כאבים, שט"ד שטחי באיזור עכוז ימין, ללא סימני חבלה על הגב, ללא רגישות ורטברלית או פרוטברלית.
לא רגישות אגן, מפרקי ירכיים חופשיים ללא רגישות על פני הצלעות מימין או סימני חבלה
נח גס 5/5 - IP/QUAD/TA/EHL/PER/GC/FHL ח"צ SLR שלילי ח"צ, ללא רגישות GT, רולינג שלילי, FABER שלילי,
תחושה דיסטלית שמורה, נימוש DP

משוחררת אורתופדית:

המלצות: מעקב רופא מטפל, נגד כאבים, אורתופד עוד שבוע בקהילה, בכל החמרה בדיקת רופא

להמשך בירור כירורג במלר"ד בשל כאבי בטן

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	כאב
17:59 11/12/2016	84	105 / 76	4

מהלך ודיון

תאריך שעה נושא נרשם ע"י פרטים

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר עבד אלחלים נאסר
מ.ר. 127206 00:20 12/12/2016

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 12/12/2016

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אח/אחות אחראיים: גרינברג
תמי
מס' קבלה: 2016221582
למחלקה
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

01/10/1980	ת. לידה:	שורץ הופמן	שם משפחה:
4014384	ת. זהות:	הדס	שם פרטי:
נקבה	מין:	רמב"ם 46, פתח תקוה 49542	כתובת:
36	גיל:	052-8460817	טלפון:
פנחס	שם האב:		סוג דם:

תאריך קבלה: 11/12/2016 17:40
מספר קבלה: 2016221582

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה
סיבת פנייה: אחר
הפנייה: ק
סטטוס מטופל: אזרח

- OTHER INJURY OF OTHER SITES OF TRUNK (95919)

אבחנה

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת גב
הערות: בגלל עצירה פתאומית של נהג אוטובוס נפלה אחורנית חבלה בגב ואגן

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

אורתופדיה:

בת 36, בריאה בד"כ, רגישות לדוקסילין, יתכן שבהריון
ביום קבלתה נפלה עקב ת"ד באוטובוס ונחבלה בעכוז ימין
מאז - כאבים בעכוז ימין ובבטן מימין

בבדיקתה:

מתהלכת ללא צליעה וללא כאבים, שט"ד שטחי באיזור עכוז ימין, ללא סימני חבלה על הגב, ללא רגישות ורטברלית או פרוטברלית.
לא רגישות אגן, מפרקי ירכיים חופשיים ללא רגישות על פני הצלעות מימין או סימני חבלה
כח גס 5/5 ב- IP/QUAD/TA/EHL/PER/GC/FHL דו"צ SLR שלילי דו"צ, ללא רגישות GT, רולינג שלילי, FABER שלילי,
תחושה דיסטלית שמורה, נימוש DP

משוחררת אורתופדית:

המלצות: מעקב רופא מטפל, נגד כאבים, אורתופד עוד שבוע בקהילה, בכל החמרה בדיקת רופא

להמשך בירור כירורג במלר"ד בשל כאבי בטן

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	כאב
17:59 11/12/2016	84	105 / 76	4

מהלך ודין

תאריך	שעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
-------	-----	------	----------	-------



מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	שורץ הופמן	תאריך לידה:	01/10/1980	:	מלרד - אגף מהלכים
שם פרטי:	הדס	ת. זהות:	4014384	:	פרופ' דרשר מיסאל מ.ר. 24432 :
סוג דם:	שם האב:	פנחס		:	אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



מס' 100
מנהל
המחלקה לבריאות
הציבור

החלקה האכז' 4 קרי'לט
03-7383405
טקס' 03-7383401

מס' 12:00
מס' 7:00
לזה

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מספר:מרפאת קריית אונו מקצועית
מחוז:דן פ"ת

29/01/2017 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		שורץ הופמן הדס	
00-04014384-4	נ 36.04	01/10/1980	פנחס
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה
רמב"ם	46 / 5	52	-8460817
פתח תקווה	מס בית	טלפון	שם האב
ישוב	רחוב	טלפון נוסף	

11/12/2016 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278180811

תז נבדק



40143844

מספר רשיון



027614

לכבוד: פיזיותרפיה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7242		LOW BACK PAIN

תלונות כאב עש מותני נקודתי לסרגין נבדקה במיון ביום התאונה

ממצאים בבדיקה ללא רגישות מעל חוליות מותניות הללא חוסר ניירולוגי פריפרי לסג שלילי

הגבלה ב- ROM בסוף טווח הכיפוף רגישות פארברטבראלית ימנית תחונה

ד"ר רן גולדשטיין
מספר רשיון 27614
מספר 21212

27614

ד"ר רן גולדשטיין

מספר רשיון

24/08/2017 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					שורץ הופמן הדס	
פנחס	01/10/1980	נ	36.11	00-04014384-4	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת. לידה	מין	גיל			
52 - 2214428	52 - 8460817		46 / 5		רמב"ם	פתח תקווה
טלפון נוסף	טלפון		מס בית		רחוב	ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 170482846

תאריך הפניה: 29/01/2017

ת. תאונה: 11/12/2016

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 27614

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד.ר. גולדשטיין רן

מרפאה: קרית אונו

מקצוע: אורטופד

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7242		accident injury LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	7242	Pain lumbar region / low back

תאריך תחילת טיפול: 01/02/2017 תאריך סיום טיפול: 24/08/2017

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטי: 3 קבוצתי: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	תרגילים - פרטי
1	הדרכה לתרגול בבית