

יפץ ע"י קצין רוחה יחידתי

1. מקור + העתק לחוליית נפגעים (בצירוף מסמכים נלווים).
2. עותק לקצין אמ"ש יחידתי להחנה במספר ולחילוק בדיוק אישי.
3. עותק למחלקת בטיחות/סמפ"ל.



דו"ח על פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי
09.04.01 ; 08.01.09)

ראה דף הסבר ברג הטופס

תאריך (יש לציין את התאריך מילוי הטופס)

חותמת "חוטב" של יחידת השירות

מספר אישי	דוגמ	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת"ז
81566424	רמ"ד	ישימ	מכר	205747991
יחידת שירות	כתובת	כסר	מסר	סלפון
ס"ר אריז	כסר	מסר		0528751252

3. אם נסעת בדרכי יש לצרף לדו"ח: א. תד ב. כת

הערות:

ה. ידוע לי כי אם ישולמו לי הד בתפקודי אני מתחייב להחזיר כן מובא בזאת לידיעתך כי אי המשטרה (נכים ונספים) התו

ט. אם השוטף/המחנך אינו מסו

פרטי הקצין החותם: מספר אישי

חלק 2: ימולא ע"י קצי

א. האירוע התרחש למיטב יד

ב. המלצה: ☒ ממליץ לאג ☐ הערות:

ג. סה"כ ימי העדרות של הש פרטי המפקד:

תאריך מסו

חלק 3: נבדק ע"י ר

שולם החזר עבור - ☐ טיפוי ☐ נכים ☐

הערות: פרטי קצין הרווחה:

תאריך מסו

חלק 4: ימולא ע"י קצי

הערות: אישור קצין חנפעים אינו מחייב או פרטי המאשר:

תאריך מסו 1040 ט

א. תאריך הפציעה: 31/05/17 שעת הפציעה: 07:25

ב. נסיבות הפציעה: (תיאור נסיבות חבלה לא מחלה) במהלך טור נכנס מ"מ נכנסת רגל שוטף יתו אילנים חשופים אלו. אלה לא להמסע עטאויק קשלוך גמסא' לבין קתת לפני כניסתו למר נלסטי' ואל המסימה כנגדם כנורה נמלכר

ג. אברי גוף שנפגעו: (במקרה של פגיעה בשניים יש לציין מספרי השניים שנקו ולצרף אישור מתופא שניים על מהות הנזק) אגרה יד נפגעה / זרוע נפגעה / אגרה יד נפגעה / זרוע נפגעה / אגרה יד נפגעה / זרוע נפגעה

ד. עדים למקרה: (כולל כתובת וטלפון, לגבי שוטף יש לציין מ"א) מ"א צבא ימין אסדס קואס

ה. אושפזתי/טופלתי במוסד רפואי: ☐ לא ☒ א. נא ציין שם המוסד הרפואי ב. נא צרף את כל המסמכים הנדרשים כמפורט בדף ההסבר.

ו. חבר בקופת חולים: שם קופת החולים: מלמ סניף: מלמ

ז. במקרה של תאונת דרכים יש לפתח: 1. מס' תיק ת"ד/ימון: נפתח ביחידת אהל"ן

שם פרטי	שם משפחה	מסר
מכר	ישימ	כסר
שם חב"ת הביטוח	מספר הפוליסה	מסר
מכר	ישימ	כסר
שם חב"ת הביטוח	מספר הפוליסה	מסר
מכר	ישימ	כסר



3. אם נסעת ברכב משטרה חנושא לוחית זיהוי אזרחית, ציין את מספר לוחית הרכב והחברת הביטוח.
 א. תדפיס אזהרה ובו פרטי הנמנים, כלי הרכב וחברת הביטוח.
 ב. כתב שיפוי (טופס כתב המחאת זכות) למעט אם התאונת ארעה ברכב משטרה בתפקיד.

מספר זה חלם
 במשטרת ישראל

הערות:
 ח. ידוע לי כי אם ישולמו לי תחזים כספיים בגין הוצאות רפואיות הנובעות מפציעה זו - אין בעצם התשלום אסמכתא לכך שהפציעה היא פציעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בתפקיד.
 כן מובא בזאת לידיעתי כי אישור קצין נפגעים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לענין מיצוי זכויות כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

החתימה השוטרת

ט. אם השוטר/המתנדב אינו מסוגל לחתום, יחתום מפקדו/קצין רווחה/קצין אמי"ש במקומו.

פרטי הקצין החותם:

מספר אישי	דרגה	שם	תפקיד	חתימה
-----------	------	----	-------	-------

חלק 2: ימולא ע"י קצין - מפקדו הישיר של השוטר/המתנדב (כמפורט בסעיף 3 שבדף ההסבר)

- א. האירוע התרחש למיטב ידיעתי: ☒ במהלך המשמרת ☐ במהלך קודם ☐ במהלך בדרך לי: ☐ אחר, פרט: ☐
- ב. תמלצת: ☒ ממליץ לאשר את התנזרים שבדו"ח. ☐ הערות:

ג. סה"כ ימי העדרות של השוטר: 31/5/17 מיום 12/6/17 עד יום 13/6/17 (כולל)
 פרטי המפקד:
 אבי טקלה, רמ"ק
 מ.א. 1093822
 רש"ק מרחב שוקרון

חלק 3: נבדק ע"י רוחה (כמפורט בסעיף 4 שבדף ההסבר)

תאריך	מספר אישי	דרגה	שם	תפקיד	חתימה
-------	-----------	------	----	-------	-------

- שולם החזר עבור - ☐ טיפול רפואי ראשוני במקדי חירום בסך ☐ חיטוי תרופות בסך ☐ אגדת טיפול בחדר מיון ☐ נביה עבור שירותים רפואיים בקופ"ח (אגרת רבעון) בסך ☐

הערות:

פרטי קצין הרווחה:

תאריך	מספר אישי	דרגה	שם	תפקיד	חתימה
-------	-----------	------	----	-------	-------

חלק 4: ימולא ע"י קצין נפגעים האירוע התרחש: ☐ בתפקיד ☐ לא בתפקיד

הערות:
 אישור קצין הנפגעים אינו מחייב את משרד הביטחון לענין מיצוי זכויות כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.
 פרטי המאשר:

תאריך	מספר אישי	דרגה	שם	תפקיד	חתימה
-------	-----------	------	----	-------	-------

ט-1040

משימה

(13316880 ט"ק) 7688-מ

הקרן הפנימית לביטוחי המ

בהגהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ—

הודעה על תאונת דרכים

גניבת/אובדן רכב או אביזריו (יש למלא בשלושה העותקים)

~~עמ"ד דוד, רנ"ג
מ.א. 551622
רכו ותחבולו מרחב שומרון~~

9	פרטי ההודעה למשטרה	סל' התחנה	תאריך מסירת התודעה	מס' תיק במשטרה
	תחנה	83 9065500	31.5.17	



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

234950 /	2017	מספר תיק פלא	שלוחת בוחנים שומרון מחוז שי	יחידה
ת.ד.	ת.ד.	סיווג תיק	15/06/2017 כ"א סיון תשע"ז	תאריך
		מס' מסמך בתיק	3 - 2017 - 532 - 4168	מס' תיק מסוף
03-9065491		פקס	03-9065455	טלפון
tanim.shomron@police.gov.il		מייל	קרית המדע, אריאל	כתובת
נושא המסמך				

1. תאריך התאונה: 31/05/2017 בשעה 02:00
2. מקום התאונה: כל הארץ. כביש מס' 446 ק"מ מספר 30.00 בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב						סוג רכב		תוצר רכב	
20215						משא סגור		טיוטה תאילנד	
חברת ביטוח						מספר פוליסה		סוג לוחית	
ענבל						ענבל		משטרתית	
מעורבים ברכב:									
(1)		שיוך המעורב		ת.ז.		שם		שנת לידה	
		נהג		205747991		מרזן יעקוב		16/08/1994	
		כתובת		קופ"ח / בית חולים		חומרת הפגיעה			
		מגאר, מגאר		בילינסון - פתח תקוה					
(2)		שיוך המעורב		ת.ז.		שם		שנת לידה	
		נוסע		320506934		מקסים סורוקין		06/11/1981	
		כתובת		קופ"ח / בית חולים		חומרת הפגיעה			
		פתח תקווה, סלנט שמואל 1		בילינסון - פתח תקוה					

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 01/06/2017

שם פרטי		שם משפחה		מ"א	
עמרם		סבן		948323	

שם פרטי		שם משפחה		דרגה		מ"א	
עמרם		סבן		רסב		948323	

3

מס' ת"א 45221
מס' ת"א 9345303

פרטי הנסיעה

תאריך: 31/05/2017 שעה: 02:30
קוד מבצעי: 406 - חיוב אט"ל/נס"ל
השרות שניתן: תאונת דרכים
סכום: 701 העברה מ: ברוכין אל: בלינסון פ"ת

פרטי החולה

שם פרטי: מרון שם משפחה: יעקוב
ת.ז.: 205747991 מספר בית: 0 ישוב: מגאר
כתובת החולה: רחוב: מגאר חדר קופ"ח: כללית
טלפון: 04-6781616 נ"ד

פרטי המטתיב

שם פרטי: מרון שם משפחה: יעקוב
כתובת: ישוב: מגאר רחוב: מגאר
מספר בית: 0 דירה: 2604
טלפון: 04-6781616 סיבות אי חתימה לא יכול לחתום

אני החתום מטה מתחייב/ת לשלם למגן דוד אדום בישראל בגין שרות שניתן על ידי מד"א לפי פרטי הנסיעה ולעיל.
הריני מפקיד/ה בידו מד"א שטר חוב זה החתום על ידי ומתחייב/ת לפרוע את שטר החוב וכן הפרשי הצמדה, רבית והוצאות גביה כדן.

עליך לפנות לקופת החולים לברר זכאותך לתשלום ישיר ע"י הקופה למד"א.

במידה והנך חיללת בשירות פעיל: עליך לפנות מיידית למרפאת היחידה עם טופס זה.
במסוף, באפשרותך להפחית בקשה להסדרת התשלום ע"י צה"ל באתר www.mdals.org בלשונית "תשלומים".
במידה והטיפול/העברה הינם כתוצאה ישירה ומיידית מוטאונת עבודה, יש לפנות ללא דחוי למוסד לביטוח לאומי להסדרת התשלום עבור השירות.

עליך לשלם/להסדיר את שטר החוב תוך 60 יום.

במידה ולא ישולם החוב במועד, מד"א מחוייבת לפעול בהליכים הכוללים ביצוע עיקולים וישיום עליך הוצאות נוספות ושגמול נפש מיותרת, אבא המנע/י מכך.

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- א. תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספת טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- ב. תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 101-390-800.
- ג. משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למסב בלבד, בצרף מכתב זה למתובת: יגאל אלון 60, תל אביב 67062.
- ד. באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א: www.mdals.org או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101



390-101

MAGEN DAVID ADOM IN ISRAEL
מגן דוד אדום ישראל



הודעת זיכוי מס' 700476739



700476739

700476739

הודעת זיכוי מס'

ניתן לשלם באתר האינטרנט - www.mdals.org
או במוקד הגבייה: 101-390-1800

62-02917

1 לתשלום בכל הבנקים
2 לזכות
3 הסכום לתשלום

10-814-265000/00

הסכום לתשלום

מגן דוד אדום - ישראל

704

700476739 700476739 700476739

מגן דוד אדום
מס' 704



BEILINSON
 Rabin Medical Center

הופק על ידי: אילון חותם מ.ר. 6093685 07:48
 31/05/2017

בילינסון

מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 31/05/2017

:
 מלרד - אגף מהלכים
 מנהלת: פרופ' דרשר מיטל
 מ.ר. 24432
 אח/אחות אחראיים: גרינברג
 תמי
 מס' קבלה: 2017150637
 למחלקה
 טלפון: 03-9377011
 פקס: 03-9222173

שם משפחה:	יעקוב	ת. לידה:	16/08/1994
שם פרטי:	מרן	ת. זהות:	20574799
כתובת:	ת.ד. 462, מגאר 20128	מין:	זכר
טלפון:	04-6781616	גיל:	22
סוג דם:		שם האב:	ריאד

תאריך קבלה: 31/05/2017 04:42
 מספר קבלה: 2017150637

אבחנה

- OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS (E829) Left arm laceration- sutured

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים - חבלה רב איברית
 הערות: חולה מחדר טראומה

תלונה עיקרית, מחלה מוכחית ובדיקה גופנית

הלילה מעורב בת"ד - ראה גליון טראומה.
 CT כל גופי - ללא ממצא חבלתי חריף.

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר חדר	נאב
05:57 31/05/2017	70	120 / 73	99	3

בדיקות עזר

צילום אמה שמאל במסגרת גפה עליונה 31/05/2017

צילום כתף מלא ימין במסגרת גפה עליונה 31/05/2017

צילום זרוע ימין במסגרת גפה עליונה 31/05/2017

צילום שורש/פרק יד שמאל במסגרת גפה עליונה 31/05/2017

TOTAL BODY צוואר / חזה / בטן / אגן במסגרת CT ט.מ. 31/05/2017

סיבת ההפניה:
 [MVA]

בוצע:

[ט.מ. CT צוואר / חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04:19 31/05/2017
 מ.ג. 1205001819542 מבצע: דמיטרי נייטמן
 ט.מ. CT צוואר / חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	יעקוב	תאריך לידה:	16/08/1994	:	
שם פרטי:	מרון	ת. זהות:	20574799	מלרד - אגף מהלכים	
סוג דם:	שם האב:	ריאד		פרופ' דרשר מיכאל מ.ר. 24432 :	

אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

[
] CT של החזה הבטן והאגן (טראומה)
סיבת ההפניה: טראומה (הופנה מחדר מיון)
בוצעה סריקה מגובה פסגות הריאה ועד האיסיכום באגן לאחר הזרקת 80 מ"ל של חומר ניגוד לוריד.
לא ניתן חומר ניגוד בשתייה.
השוואה: אין CT קודם להשוואה.
ממצאים:
חזה
ללא המטומה במיצר.
כלי הדם הגדולים במיצר בגדר הנורמה ללא דלף של חומר ניגוד.
ללא תפליטים פליאורליים.
פרנכימת הריאות ללא ממצא מוקדי וללא תסנין.
ללא עדות לפניאומומדיאסטינום או לפניאומוטוראקס.
בטן ואגן
כבד בגודל ומרקם תקין. תהליך היפורנסי בסגמנט 8 וקוטר 7 מ"מ קטן לאיפיון.
טחול בגודל ומרקם תקין. טחולון 11 מ"מ בשער הטחול.
דרכי המרה החוץ והתוך כבדיים אינם מורחבים.
לבלב בגודל תקין ומרקם הומוגני ללא הרחבת צינור הלב לב הראשי.
כליות בגודל תקין, ללא הידרונפרוזיס וללא מזל סביב הכליות.
לציין "שני עורקי כליה מימין, מהלכם צמוד אחד לשני".
ללא עדות להמופריטונאום או רטרוהמופריטונאום.
שלפוחית השתן ללא פולי קטטר במילוי חלקי.
לולאות המעי ברוחב תקין. אין אוויר חופשי.
עצמות
שברים בעמוד השדרה: אין / יש
שברים בסקפולות/קליביות/צלעות: אין / יש
[
סיכום:
ללא ממצא תבלתי חריף.]

יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!
יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפעמח להמשך בירור וטיפול.

TOTAL BODY ראש / צוואר במסגרת CT ט.מ. 31/05/2017

סיבת ההפניה:
[MVA]

בוצע:
[ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04:19 31/05/2017 מ.ג.]
1205001819541 מבצע: דמיטרי נייטמן;
[ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY]

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	יעקוב	תאריך לידה:	16/08/1994	:	
שם פרטי:	מרון	ת. זהות:	20574799		
סוג דם:		שם האב:	ריאד		

מלרד - אגף מהלכים
פרופ' דרשר מיטל מ.ר. 24432:
אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

[ממצאים:
בלי ח.ג.

ללא עדות לדימום תוך גולגלתי חריף.
ללא עדות לקולקציה אקסטרה אקסיאלית.
צפיפות תקינה של החומר האפור והלבן.
חדרים וסולצי וציסטערנות הבסיס ברוחב ומבנה תקין.
אורור תקין של מערות הפנים.
מבנה הארובות תקין.
מעבר צווארי גולגלתי תקין
מבנה גרמי סדיר.
עיבו רקמות רכות קרקפתיות מימין.

דנס במנח סימטרי.
תת התגרמות בקשת שמאלית אחורית של 1C
ללא עדות לשבר או תחזה בחוליות צוואריות.
יישור לורדוזיס צווארי.

[סיכום:
[ללא ממצא חבלתי חריף.

יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!
יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.]

צילום חזה 31/05/2017

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	31/05/17 04:45
המטולוגיה	PT-INR (INR)	0.80-1.20	0.98
המטולוגיה	PT-SEC (seconds)	9.5-13.5	11.5
המטולוגיה	PT % (%)	70-146	101
המטולוגיה	APTT-sec (seconds)	24.0-40.0	26.1
המטולוגיה	APTT-R (Ratio)	0.75-1.30	0.90
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCU (mg/dl)	200-530	452

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

מהלך ודיון

תאריך	שעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
31/05/2017	06:57	אורתופדיה	דר' ברק אורי	המשך לגיליון טראומה-

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	יעקוב	תאריך לידה:	18/08/1994
שם פרטי:	מרון	ת. זהות:	20574799
סוג דם:	שם האב:	ריאד	

מלרד - אגף מהלכים
פרופ' דרשר מיסאל מ.ר. 24432
אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

ב CT עמ, ש לאורס ואגן- ללא ממצא גרמיחרף.
הוסר צוארון, טווח מלא ללא רגישות קו אמצע.
בצילומים כתף וזרוע ימין, אמה ושורש כף ידשמאל- ללא ממצא
גמרי חרף. גוף זר באמה שמאל מתאים לרסיס זכוכית משמשת
רכב.
מ.ר. 130471

המלצות:
משככי כאבים לפי הצורך
מעקב רופא מטפל
בעוד יומייםפ החלפת חבישת ראשונה, עד אז ללא הטובה של
הפצע.
לאחר מכן החלפת חבישות יומית. ושטיפה של הפצע.
בעוד 10 ימים הסרת תפרים בקופת חולים.
לגב וצוואר- קומפרסים חמים, עיסוי מוקמי.
הפעלה מלאה לפי סף כאב.
בכל החמרה- לבדיקת רופא
משוחרר אורתופדי.

המלצות
המלצה:

- מעקב רופא מטפל
- נגדי כאב בהתאם לצורך
- המלצות אורתופד מצורפות
- באם יפיעו הקאות חוזרות, בלבול, ירידה בהכרה, ישנניות, שינוי התנהגותיכם - יש לשגב למיין

חופשת מחלה: 5 ימים.

סטטוס מטופל בשחרור

משתחרר במצב כללי טוב, עם ההמלצות הבאות:

אחות מרכזת טיפול

אחות: שלנגר דורון מ.ר. 209036

רופא אחראי

רופא: דר' אילון רותם מ.ר. 6093685

רופא: דר' ברק אורי מ.ר. 130471

מכתב נחתם ע"י:

דר' אילון רותם מ.ר. 6093685

חתימה:

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

BEILINSON
 Rabin Medical Center

בילנסון
 מרכז רפואי רבין

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

:
 מלרד - אגף מהלכים
 פרופ' דרשר מיכאל מ.ר. 24432 :
 אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

שם משפחה:	יעקוב	תאריך לידה:	16/08/1994
שם פרטי:	מרון	ת. זהות:	20574799
סוג דם:		שם האב:	ריאד

המכתב הודפס על ידי דר' אילון רותם 31/05/2017 07:48
 חסי אישוי
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

שם הרופא: ד"ר מאיר אסעד
 תחום: רפוא משפחה
 מספר: 35748
 כתובת: שכונת ג'משה כפר מג'אר
 טלפון: 04-6780877
 פקס: 04-6778135
 תחום: תחום צפון
 תחום: תחום צפון

הפניה לרפואה

פרטי המטופל		00-20574799-1		יעקוב מרון	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ז	22.0	16/08/1994	ריאד
שם האב	מס זהות	מין	7	ת.לידה	שם האב
מגאר	ת.ד. 264	0	4	6781616	50 - 6905468
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון מספר

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים
 תאריך תאונה: 31/05/2017

מספר הפניה: 35888048631

גורם שולח



5888

מספר הפניה



035888048631

תז נבדק



0205747991

מספר רשיון



035748

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/05/2017:
 לדבריו היה מעורב בת"ד נבדק במיון בבילינסון בוצע צילום CTI שהיו תקינים
 פצע באמה משמאל, בוצע הוצאת גוף זר ותפירה, פצע בשפה תחתונה
 ושפשוף בפנים מצד ימין ואיזור פריטאלי בקרקפת
 סימני חבלה בגפיים תחתונות
 שוחרר עם המלצה הורדת תפרים מיד שמאלית בעוד 10 ימים

04/06/2017
 עדיין סובל מכאבים בצוואר וכתף מימין
 סובלים בגפיים תחתונות

סימנים חיוניים: גובה 165 02/06/2016 משקל 88 02/06/2016 bmi 32.32
 לחץ דם 103 / 71 13/09/2012
 דופק 66 13/09/2012

02/06/2016 מתאריך 105.24 eGFR

שירות בריאות כללית
 ד"ר מאיר אסעד
 מ.ר. 35748

הפניה לרפואה יועצת
 יעקוב מרון

המסמך מכיל מידע מוגן טלפון

04/06/2017

רגישות מעל עמ"ש צוארי וכתף מימין
שאר סימני חבלות בשלבי ריפוי

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
MOTOR VEHICLE ACCIDENT		E811
ACCIDENT/INJURY, NOS		A80
cervicalgia		
lt hand injury		
HEAD AND FACE TRAUMA		

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מגילי
OBESITY (BMI >30)		01/10/2011

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

35748

ד"ר מאדי אסעד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

שם הרופא: ד"ר מאדי אסעד
תחום: רופא משפחה
מספר: 35748
כתובת: שכונת ג'משה כפר מג'אר
טלפון: 04-6780877
פקס: 04-6778135
מרפאה: גאמשה מחוז: צפון

תאריך: 2017

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל	00-20574799-1	22.09	ז	16/08/1994	ריאד
יעקוב מרון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
מגאר	ת.ד. 264	0	מס בית	4	50 - 6905468
ישוב	רחוב	מס בית	סלפון	סלפון	סלפון נוסף

תאריך תאונה: 31/05/2017

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35888048631

גורם שולח



5888

מספר הפניה



035888048631

תז נבדק



0205747991

מספר רשיון



035748

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	קוד
רפואי	רפואי	רפואי	רפואי
70017	70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/05/2017:
לדבריו היה מעורב בת"ד נבדק במיין בבילינסון בוצע צילום CT שהיו תקינים
פצע באמה משמאל, בוצע הוצאת גוף זר ותפירה, פצע בשפה תחתונה
ושפשוף בפנים מצד ימין ואיזור פריטאלי בקרקפת
סימני חבלה בגפיים תחתונות
שוחזר עם המלצה הורדת תפרים מיד שמאלית בעוד 10 ימים

04/06/2017
עדיין סובל מכאבים בצוואר וכתף מימין
כאבים בגפיים תחתונות

סימנים חיוניים: גובה 165 02/06/2016 משקל 88 02/06/2016 32.32 bmi
לחץ דם 103 / 71 13/09/2012
דופק 66 13/09/2012

eGFR 105.24 מתאריך 02/06/2016

שירותי בריאות כללית
ד"ר מאדי אסעד
מ.ר. 35748

ס.ה.ר. 2

הפניה לרפואה יועצת
יעקוב מרון

המסמך מכיל מידע מוגן

תאריך: 06/2017
09:13

הפניה כללית

פרטי המטופל					
יעקוב מרון					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	ריאד
שם האב	מס בית	רחוב	מספר	טלפון	טלפון מספר
264 ת.ד.	0	5781616	4	6905468	50
מגאר	ישוב	מס בית	מספר	טלפון	טלפון מספר

תאריך תאונה: 31/05/2017

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35888048632

מספר רשיון: 035748

גורם שולח



5888

מספר הפניה



035888048632

תז נבדק



0205747991

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
		cervicalgia
		It hand injury
		HEAD AND FACE TRAUMA

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/05/2017:
לדבריו היה מעורב בת"ד נבדק במיון בבילינסון בוצע צילום CTI שהיו תקינים
פצע באמה משמאל, בוצע הוצאת גוף זר ותפירה, פצע בשפה תחתונה
ושפשוף בפנים מצד ימין ואיזור פריטאלי בקרקפת
סימני חבלה בגפיים תחתונות
שוחרר עם המלצה הורדת תפרים מיד שמאלית בעוד 10 ימים

04/06/2017

עדיין סובל מכאבים בצוואר וכתף מימין
כאבים בגפיים תחתונות

סימנים חיוניים: גובה 165 02/06/2016 משקל 88 02/06/2016 bmi 32.32

לחץ דם 103/71 13/09/2012

דופק 66 13/09/2012

שירותי בריאות כללית
ד"ר מאדי אסעד
מ.ר. 35748

ס.ה.ר. 2

הפניה כללית

יעקוב מרון

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20574799-1

13

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 31/05/2017:

04/06/2017:

רגישות מעל עמ"ש צוארי וכתף מימין
שאר סימני חבלות בשלבי ריפוי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/10/2011		OBESITY (BMI >30)

ד"ר מאדי אסעד

שם הרופא

35748

מספר רשיון

חתימה וחזותמת הרופא

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

ד"ר מאדי אסעד
רופא משפחה
35748
שכונת ג'משה כפר מג'אר
04-6780877
04-6778135

12/06/2017 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל	00-20574799-1	22.10	ז	16/08/1994	ריאד
יעקוב מרון	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	0			4	50 - 6905468
מגאר	מס בית	ת.ד. 264	טלפון	טלפון נוסף	
ישוב	רחוב				

31/05/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

אבחנה	איפיון	קוד
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD		79989
CERVICALGIA		7231

31/05/2017 עד תאריך 12/06/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 13 מומלץ על מנוחה מתאריך

נחתם דיגיטלית

35748

ד"ר מאדי אסעד

חתימה וחזותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

12/06/2017

הודפס ע"י ד"ר מאדי אסעד 00-20574799-1

אישור מחלה



27/09/2017

לכבוד הרופא המטפל: מאדי אסעד,
שלום רב,

הנדון: דו"ח סיום טיפול פיזיותרפי

אדון גברת מרנו יעקוב, ת.ז. 205747991,

הופנה והופנתה על ידך לטיפולים פיזיותרפיים בתאריך 12/06/2017.

עם אבחנה:

MOTOR VEHICLE ACCIDENT, CERVICALGIA

הטיפול הפיזיותרפי כלל:

מליגן, TENS, חימום, תרגילי גמישות, תרגילי חיזוק, הדרכה

סוג הבעיה:

בעיה חריפה עד חודש ימים

מהלך המחלה הנוכחית:

לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים בתאריך 17-5-31, נבדק במיון בילנסון, עבר צילומי רנטגן שפורשו ללא ממצאים חבלתיים, שוחרר עם המלצות למנוחה טיפול סמפטומטי. מאז מתלונן על כאבים בצוואר וגב.

במשך תקופת הטיפולים:

לאחר סדרה של טיפולים הנ"ל קיבל סדרה של תרגילים להתעמלות במסגרת הבית.

הערות:

כמות טיפולים: 6:

מודים לך על שיתוף הפעולה
בכבוד רב, עפיף חורי

16

מחלקת 1000

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מחוז: צפון
מספר: 04-6778135
שכונת ג'משה כפר מג'אר
רופא משפחה
ד"ר מאדי אסעד

תאריך: 27/09/2017
18:03

הפניה כללית

פרטי המטופל		00-20574799-1		עקוב מרון	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.ל.י	ריאד
שם האב	מס זהות	גיל	ז	ת.ל.י	ריאד
מגאר	ת.ד. 264	0	6781616	4	6905468 - 50
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2017

מספר הפניה: 35888051534

מספר רשיון: 035748

תז נבדק: 0205747991

מספר הפניה: 03588051534

גרם שולח: 5888

קוד	קוד	שירות	שירות
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	טיפול פיזיותרפי פרטי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	טיפול פיזיותרפי פרטי

אבחנה	אבחנה	אבחנה
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	אבחנה	אבחנה
ACCIDENT/INJURY, NOS	אבחנה	אבחנה
cervicalgia	אבחנה	אבחנה
lt hand injury	אבחנה	אבחנה
HEAD AND FACE TRAUMA	אבחנה	אבחנה

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/06/2017
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2017
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/06/2017
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/05/2017
לדבריו היה מעורב בת"ד נבדק במיין בבילינסון בוצע צילום CT שהיו תקינים
פצע באמה משמאל, בוצע הוצאת גוף זר ותפירה, פצע בשפה תחתונה
ושפשוף בפנים מצד ימין ואיזור פריטאלי בקרקפת
סימני חבלה בגפיים תחתונות
שותרר עם המלצה הורדת תפריים מיד שמאלית בעוד 10 ימים

04/06/2017
עדיין סובל מכאבים בצוואר וכתף מימין
כאבים בגפיים תחתונות
09/06/2017
12/06/2017
27/09/2017
כאבי גב תחתון ועליון

שירותי בריאות כללית
ד"ר מאדי אסעד
מספר: 35748

מכון פיזיותרפיה עיילבון פיזיותרפיסט אחראי: זריק סקר ת.ד. 111 עיילבון 1697200, smz@hotmail.com		معهد عيالبون للفيزيوتراپيا بإدارة: صقر زريق هاتف: 052-5403427\04-6786274
--	--	---

27/12/2017

שלום רב,

הנדון: דו"ח סיום טיפול פיזיותרפי

אדון גברת מרדכי יעקוב, ת.ז. 205747991,הופנה/הופנתה על ידך לטיפולים פיזיותרפיים בתאריך 29/09/2017.

עם אבחנה:

CERVICALGIA

הטיפול הפיזיותרפי כלל:

מתיחות, תרגילים פרופריוסיפטיבי, מוביליזציה חימום, תרגילים, U.S, TENS,

סוג הבעיה:

בעיה כרונית מעל שלושה חודשים

מהלך המחלה הנוכחית:

כאבים כרוני וסחרחורת לאחר תאונת דרכים, רגישות מעל כתף ימין ומקרין לצד
 ימין כאבים כרוני וסחרחורת לאחר תאונת דרכים, רגישות מעל כתף ימין ומקרין
 לצד ימין_מלל

במשך תקופת הטיפולים:

הגיל עם חטבה קלה במצבו, עדיין יש כאבים בזמן נהיגה יותר משעה, כאבים בזמן
 הרמת משא מהרצפה עם משקל יותר מ10 ק"ג.

הערות:

מומלץ המשך תרגילים בבית.

כמות טיפולים: 24:

מודים לך ע שיתוף הפעולה

אשר
 מרדכי יעקוב
 פיזיותרפיסט
 אחראי

18

שירותי בריאות כללית

מחוז : הצפון
מרפאה: 9099 מרפאת נצרת יועצת

תאריך: 01/03/18
שעה : 13:42

-מקור-

קבלה : 00385264
=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0020574799 יעקוב מרון

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

קוד תאור	תאריך ביקור	לתשלום
55 פלסטיקה	01/03/18	25.00
סה"כ לתשלום:		25.00

סה"כ שולם במזומן

25.00
=====

סה"כ שולם:

קופאי: 32703 -8 מקאזחה ווליד

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

שם המשלם (פרטי ומשפחה) חתמת וחתימת הקופאי

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

16/04/2019 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל

יעקוב מרון

שם משפחה ושם פרטי	00-20574799-1	ז	24.08	16/08/1994	ריאד
מס זהות	מס זהות	מין	גיל	ת. לידה	שם האב
264	0			52 - 8751252	52 - 8751252
ת.ד.	מס בית			טלפון	טלפון נסך
רחוב					
מגאר					
ישוב					

מספר הפניה: 35888067262

רשיון רופא

גורם שולח



5888

מספר הפניה



035888067262

תז נבדק



0205747991

רשיון רופא



031020

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך לדעת את הרופא המפנה לבדיקה ואת הזווית המבוצעת במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין את הבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI ע"ש גבי ומותני

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
שירות	78548	72146	ת.מ. MRI בדיקת עמוד עדרה גבי	10306025
שירות	78549	72148	ת.מ. MRI בדיקת עמוד עדרה מותני	10306030

החולה מתלונן על בריא וללא רגישות
כאבי גב לכל האורך
לציין תאונת דרכים עבודה תלפני נשתיים.

ממצאים עיקריים רגישות וסגבים בתנועות הגב לכל האורך עם ספזם שרירים והגבלה
בתנועות SLR שלילי דו צדדי, ללא פלס תחושת כח גס תחושה והחזרים תקינים

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אבחנה
L02	BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS	
7242	LOW BACK PAIN	

ריון/תוכנית טיפולית המשך טיפול סמפטומטי ונוגדי דלקת
פיזיותרפיה
MRI ע"ש גבי ומותני
מעקב לפי הצורך

ס.ה.ר. 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

16/04/2019

הודפס ע"י ד"ר מאהר גנטוס

00-20574799-1

הפניה לדימות

יעקוב מרון

20

OBSESITY (BMI >30)

מציה

תוצאת הבדיקה:

לברור כאבים והגבלה בתנועות הגב לכלה אורך מזה שניים לאחר תאונת עבודה ודרכים, טיפן אינו עוזר, בסיסי ללא ממצאים המסבירים את תלונותיו.

CREATININE 0.6 מתאריך 26/02/2019

ד"ר גנטוס מאהר

מועצה לבריאות אורתופדית

מ.ר. 31020 מ.ר.פ. 28150

חתימה וחותמת המופא

31020

מספר רשיון

ד"ר מאהר גנטוס

שם הרופא

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

שם הרופא
תחום
מספר רישיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרפאת באמשה - מגאר
מחוז: צפון

מכלית סלשנה
מכר שובת למיטה

ד"ר מאהר גנטוס
רופא אורתופד
31020
מגאר
04-6780877, 04-7702180
04-6778135

תאריך 16/04/2019

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-20574799-1	ת.ד. 264	מגאר ישוב
שם האב	16/03/1994	24.08	מס זיהוי
ת.ל.ד.	52 - 8751252	52 - 8751252	מס בית
טלפון ניסוף	טלפון	0	רחוב

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/04/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בריא וללא רגישות כאבי גב לכל האורך

בדיקה גופנית: רגישות וכאבים בתמונות הגב לכל האורך עם ספוס שרירים והגבלה בתנועות SLR שלילי דו צדדי ללא פלס תחושת נח גס תחושה וחוזרים תקינים

אבחנה	אפיין	קוד
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02
LOW BACK PAIN		7242

דיון/תוכנית טיפולית: המשך טיפול סמפטומטי ומנדי דלקת פיזיותרפיה מעקב לפי הצורך

סיכום והמלצות: ראה לעיל

בברכה,

ד"ר מאהר גנטוס
שם הרופא
מס' רישיון 31020

משרד הבריאות
מחוז צפון
מחלקת אורתופדיה
מחלקת אורתופדיה

דף 1 מ 1

16/04/2019

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר מאהר גנטוס
00-20574799-1

סיכום ביקור

יעקוב מרון

22

פרטי המטופל
יעקוב מרון
שם משפחה ושם פרטי
מגאר ישוב
סוג תאונה
1 תאונת דרכים
תעודה ראשונה למחלה זו

אישור מחלה
תאריך 16/04/2019
תאריך תאונה 31/05/2017

ריאד	16/08/1994	ז	24.08	00-20574799-1
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	מס זהות
52 - 8751252	52 - 8751252		0	
טלפון נספך	טלפון		מס בית	

נבדק עקב 1 תאונת דרכים
סובל מ

קוד	79989
איפיון	L03

אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/04/2019 עד תאריך 16/04/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 1

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר מאד' אסעד
35748
נחתם דיגיטלית**

שם הרופא
מספר רשיון
חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אנל החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: זקני שם פרטי: מר תעודת זהות: 205749941 ח'אב: 264
 שם: מר ע"י: מר מס': 052-8751252 מיקוד: 2012800 סלפון: 052-8751252

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה וא/או מי מטעמו וא/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים ביד נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחלתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וזאת חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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:

מכוניס, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל:

שם קופ"ח קודמת:

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

תאריך:

עד לחתימה ומס' ת.ז. 16.9.19
עוזר אריאל מרייברג חתימה: _____
 מס' רשיון: 52254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ז כ ה

אני הח"מ, משה יוסף
 ת.ד. מס' 2472991, מרחוב המלך
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נא
 בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי
 הנ"ל יתיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, חבל
 בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחוננו על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למזון רשות לערער, ערעור, חידעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך חני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוסטריזיות או אתרוות, לדרוש חכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין חני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין חני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות חני"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 לבוחרות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. לחזמין 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 חני"ל, לרבות חוצאות 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. לזקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין חני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחוננו בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המזכרת 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, לספל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

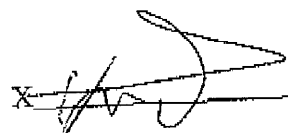
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המזכרות עיני החוק.

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 ענייני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם ענייני 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 16 לחודש 9 שנה 2019

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

