

תאריך חתימת המסמך: 20.9.22

התובעים:

1. **רימון יעקוב, ת"ז 302942693**
 2. **ג'אנא ח'ורי, ת"ז 308399815**
- מכפר מג'אר 264-263, מג'אר 2012800
טלפון: 050-9766668

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעים:

1. **ג'אנא ח'ורי, ת"ז 308399815**
- מכפר מג'אר 263, מג'אר 2012800

2. **מנורה חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב ז'בוטינסקי 23, רמת גן
טל': 03-7604059, פקס: 03-7108083
דוא"ל: TVIOTGUF@menora.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין:

1. התובע 1, יליד 5.4.1989 היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסע ברכב הנושא מספר רישוי 92-387-72 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת 2 הינה מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הייתה הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה והעתק רישיון רכב ורכב מעורב, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובעים 1 - 2 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשים התובעים בביצוע עבודתם ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

8. בתאריך 09/12/2021, בכפר מגאר, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת 2 מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 27-130-80 והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

התובע 1

9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים פוריה, שם אובחנו חבלות בצוואר, בגב ובכתפיים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל במסגרת הקהילה והופנה לביצוע המשך מעקב רפואי וביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

11. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה, אולם, זו לא הועילה ונוכח הימשכותם של כאבים כמו גם הגבלה בתנועות הצוואר והגב הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה נוספים והמשך מעקב רפואי.

12. התובע ביצע 24 טיפולי פיזיותרפיה בסיומם נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת הקהילה, נבדק ע"י אורתופד אשר מצא הגבלה בתנועות הצוואר עם ספירלינג חיובי וכאב רדיקולרי ביד ימין לפי C6. כן, רגישות והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני בגובה L4-L5. והופנה לביצוע בדיקות הדמיות בשאלה של שקילת התערבות פולשנית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לזרוע ימין, מקושי בישיבה ועמידה ממושכות, קושי בהרמה, קושי בכיפוף, קושי בנשיאה, מכאבים עזים, מקשיי ריכוז וקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.

14. התובע מנהל לוגיסטי בחברת בטון, מתקשה מאז התאונה ומחת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

15. מאז התאונה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

16. מאז התאונה מתקשה

התובעת 2:

17. לאחר התאונה טופלה התובעת 2 בבית החולים פוריה, שם אובחנו חבלות בצוואר, בכתף ימין ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

18. התובעת המשיכה במעקב רפואי במסגרת הקהילה והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, ביצוע בדיקות הדמיה ומנוחה.

19. בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה הדגימה דיסקופתיה קלה עם לחץ על השורשים בגובה L4. ודיסקופתיה קלה בגבהים L3-L5. בקשר עם עמוד השדרה הצווארי הודגמה דיסקופתיה קלה בגובה C5-C6.

20. התובעת נבדקה ע"י אורתופד בקהילה אשר איבחן כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, היצרות פורמינלית דו"צ בגובה C3-C4 והיצרות פורמינלית בגובה C4-C5 עם יישר הלורדוזה הצווארית והוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי ובדיקת ראומטולוג.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

21. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בישיבה עמידה והליכה, קושי בכיפוף, נשיאה ואחיזה, מהקרנת



הכאבים לגפיים, כאבים עזים, היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותיזקק להם גם בעתיד.

22. התובעת נשואה ואמא ל-3 ילדים, מתקשה לשוב למעגל העבודה מחמת התאונה ותוצאותיה ונגרמו לה הפסדי שכר.

23. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה ובגידול ילדיה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

24. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

25. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

חלק 3

26. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| ₪ 90,500 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 20,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 10,500 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 6,500 | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ב. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| ₪ 40,500 | (5) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| ₪ 32,000 | (6) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 16,258 | (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| ₪ 8,900 | (8) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ג. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 - 2 פיצוי הולם בגין נזקיהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של

התובעים 1 - 2, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם הרפואית,

לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.



(5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1-2.

27. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים 1-2 בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה, לפצות את התובעים 1-2 כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות - מסמכים (עמודים 8 עד 12)	8
נספח 2: תעודות רפואיות - רימון (עמודים 14 עד 36)	14
נספח 3: תעודות רפואיות - גיאנא (עמודים 38 עד 47)	38
נספח 4: יפוי כח ווסר רימון וגיאנא (עמודים 49 עד 54)	49



נספח 1 :

חבות - מסמכים

(עמודים 8 עד 12)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: שלוחת בוחנים שומרון מחוז שי
כתובת: קרית המדע 22, אריאל
טלפון: 037729565
פקס: 0768601307
דואר: bohanim.shomron@police.gov.il

מספר תיק פלא: 187436/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק: ג
תאריך: 13/04/2022, י"ב ניסן תשפ"ב, 12:59
נושא המסמך: נתוני תיק ת.ד.

לכל המעוניין

1. תאריך
התאונה: 09/12/2021

בשעה 14:00

2. מקום התאונה:

מגאר בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב 9238772

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

מוריס בוז גרמן

חברת ביטוח

מנורה

מספר פוליסה

433363178217

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	308399815	ח'ורי גיאנא	28/08/1992		פוריה - טבריה	קלה
נוסע	302942693	יעקוב רימון	05/04/1989		פוריה - טבריה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב 2713080

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

סקודה צ'כיה

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	308502541	אליאס איל	09/01/1993	מגאר, מגאר	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 2

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

13/04/2022

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1096759

שם משפחה

יחזקאל

שם פרטי

אורית

פרטי השוטף המוסר

מ"א

1096759

שם משפחה

יחזקאל

שם פרטי

אורית

דרגה

רטמ

ד"ר יחזקאל

מ.א. 1096759

חתימה על לוחית מזהה שומרון

חתימה

13/04/2022 12:59



DRIVING LICENCE
רשיון נהיגה
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



ח'ורי

1. YACOUB

גיאנא

2. JIANA

3. 28.08.1992

4.

4b. 28.08.2029

5. 9640250

8. ת'ד 264 מגאר



9815

9. B

4a. 15.09.2019
4d. ID 308399815
9815

מובל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית



בהתאם לתקנות התעבורה אין חובה לשאת רישיון נהיגה בעת נסיעה. עם זאת, חלה חובה לשאת תעודת זהות ומסמכים נוספים, כגון ביטוח, תהנית רפואית וכל מסמך אחר המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר התשלום ניתן לגשת לביצוע מבחן כשירות תנועה (סטט). למבחן הכשירות יש לגשת בליווי דרישה מקורית זו לאחר ששולמה (אין צורך בחותמת תשלום) או על בסיס הדפסת רישיון משולם שיתקבל באמצעים המפורטים מעבר לדף



רישיון רכב



מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
9238772		M1 פרטי נוסעים		30/04/2022	
ח'ורי פדיל		מספר זהות		30074295-4	
ת"ד 263		מספר זהות		30074295-4	
מגאר 20128		תאריך הדפסה		17/10/21	
יבוא אישי-משומש		תאריך בעלות		17/10/21	
מועד עליה לכביש 04/2011		מספר שילדה		4JGBB8GB7BA705928	
מקומות ישיבה למטע הנהג		מספר מנוע		M272	
סוג דלק		דגם מנוע		27296731797756	
צמיד קדמי		מספר מנוע		27296731797756	
צמיד אחרי		צבע		לבן	
משקל מליל		הערה		4X4	
משקל מרשה		רשיון נהיגה מתאים		B	
		ב- 144,900 ק"מ		20/07/2021	

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

גילם נוספים:

חצר	מספר	דגם	מספר
מספר	164.186	דגם	7

הספק (כ"ס)

15

חלון בגג

ת.תשלום 03/05/21 סך 1716.00 ש"ח; ת.מבחן 20/07/21 רשיון יבוא 127031292

הסכום לתשלום (ש"ח) פטור

כפל

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ונעמדה במבחן כשירות תנועה (סטט)!

על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, כפי שצויה לא נעשה ברכב שימוש בפועל מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ונאפשרות ביטול רישיון הרכב ניתן למצוא באתר משרד התעבורה או במוקד הטלפוני 5678*

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

מספר הרכב 9238772-22-3

ח'ורי פדיל

ת"ד 263

מגאר 20128

מספר הרכב 9238772-22-3

מספר הרכב 9238772-22-3

הסכום לתשלום (ש"ח) פטור

כפל

הדפס ע"י איזור אישי 17/10/2021 13:01:47 (א.כ.)

רישיון רכב



מספר רכב	2713080	סוג	M1	פרטי נוסעים	בתוקף עד	12/02/2022
בעלים	אליאס איל	מספר זהות	30850254-1	תאריך בעלות	16/09/20	01
מען	ת"ד 254	תאריך הדפסה	17/03/21	בעלים נוספים	02/2017	1
תאריך רישום	13/02/17	השכרה/החכר	מספר שילדה	תוצר מנוע	1197	1
רישום מקור	מועד עליה לכביש	מספר מנוע	185/60 R15	דגם מנוע	84 H	185/60 R15
סקומות ישבה	בנוין	מספר מנוע	185/60 R15	צבע	4X	185/60 R15
סוג דלק	1690	חוק סרנים	00259	הנעה	ק"מ	136,037
צמיג קדמי		רשיון נהיגה מתאים B	16/02/2021	תאריך	16/02/2021	16/02/2021
צמיג אחורי		ק"מ				
משקל כולל						
משקל מרשה						

תוצר	קוד צ"כיה	דגם	N.33GD	מרכב	2	קבוצת רישוי
כינוי מסחרי	RAPID	רמת ניסור	AMBIITION	קבוצת רישוי	קבוצת רישוי	קבוצת רישוי
הספק (כ"ס)	90.00	דרגת זיהום אוויר	6	כריות אוויר	6	ABS
בקרית יציבות	כן	חלון בנג	כן	אוס'	כן	כן
הוראת רישום	16-0117	קוד	00676-0552			

תנאים והגבלות ומידע נוסף: שעבוד למימון ישיר מקבוצת י

תשלום 12/02/21 סך 1353.00 ש"ח; תמבחן 16/02/21 רשומון יבוא 631332921

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכויות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי	021696448	02713080-22-0
בעל הרכב	אליאס איל	מספר הרכב
	ת"ד 254	2713080-22-0
	מגאר 20128	קוד מוטב 60-03117
		0-06622-6

הסכום לתשלום (ש"ח)	הודפס על יד עמדה 2461	0919738
שולם	14:53 17/03/2021	אסמכתא

חותמת וחתימת הבנק

שולם בבנק מזרחי טפחות
ח-ן 534986 סניף 461
1/07/2021 שעה 14:28:12
1874 ש"ח (9210128224)

מרכז שירות לקוחות
1-700-72-72-27

*6679 :י"י

ללא תשלום וחתימת בנק -
אין תוקף לביטוח זה.

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו
01/07/2021 בחותמת הבנק אך לא לפני

מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2022 בחצות

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב - על פי הסעיפים
המצוינים להלן מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו:

מס' נוסעים: 1 כחוק

הנהג נקוב בשם לעניין חלק א' שעל גב תעודה:

XX

השימוש המותר ברכב - על פי הסעיפים המצוינים להלן מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו:

41

שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את
הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט
בסעיף 9 לפוליסה.

הביטוחי כפוף לתנאי פוליסת "איילון" לביטוח רכב (חובה). איילון חברה לביטוח בע"מ

מספר פוליסה 7-64-632025/21 סוג הרכב לצרכי ביטוח פרטי סוג הרכב (מאגר) פרטי

ת.נ.פ. 308502541

שם בעל הפוליסה
אליאס אייל

מספר מזהה

כתובת ראשית 1 חגאר 2012800

מס' רישון 62-724-38 יצור/דגם סקודה אוקטביה) שנת ייצור/עליה לכביש 2017

נפח מנוע/כ"ס/הספק 1400 / 140 משקל מספר שילדה

הסוכן 755770 מרכז הגליל סוכ' לביטוח בע"מ

הערות לתשלום ב-18 1,874 יום 01/07/2021 שעת ההוצאה 14:28

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות החוק, והכיסוי

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

לגבי הרכב המבוטח:

- * הבעלות על הרכב פרטית: כן
- * ברכב קיימת כרית אוויר אחת לפחות: כן
- * ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (ECW) - כן
- * התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - כן
- * בקרת יציבות (ESP) - כן

- * גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 21
- * אדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: זכר
- * מנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2019
- * מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
- * מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

חותמת וחתימת הבנק

שולם בבנק מזרחי טפחות
ח-ן 534986 סניף 461
1/07/2021 שעה 14:28:12
1874 ש"ח (9210128224)

הודעת זיכוי
73963349

קוד מוטב 62-08911

ניתן לשלם בכל סניפי הבנקים הבאים:

600/435474 בנק הפועלים, ח"ן
800/339515/23 בנק לאומי, ח"ן
654/49034 בנק דיסקונט/מרכנתיל דיסקונט, ח"ן
(בספרי בנק מרכנתיל דיסקונט בע"מ, אלנבי 103, ת"א)
061/534986 בנק המזרחי, ח"ן
8-620891 בנק הדואר, ח"ן (במזומנים בלבד)

כמו כן ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי בהתאם להסדרים עם חברות כרטיסי האשראי.

מועד תחילת הביטוח: 01/07/2021 סוג הרכב: 01 קוד ארוע: 05

הסוכן 755770 מרכז הגליל סוכ' לביטוח בע"מ

מספר פוליסה 7-64-632025/21 סוג הרכב פרטי סוג הרכב (מאגר) פרטי

ת.נ.פ. 308502541

שם בעל הפוליסה
אליאס אייל

מספר מזהה

מס' רישון 62-724-38 יצור/דגם סקודה אוקטביה) שנת ייצור/עליה לכביש 2017

נפח מנוע/כ"ס/הספק 1400 / 140 משקל מספר שילדה

הסוכן 755770 מרכז הגליל סוכ' לביטוח בע"מ

הערות לתשלום ב-18 1,874 יום 01/07/2021 שעת ההוצאה 14:28

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות החוק, והכיסוי

נספח 2 :

תעודות רפואיות - רימון

(עמודים 14 עד 36)





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
מסגרת לפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר אילן בנגלי
The BARUCH PADEN Medical Center, Poriya
Attached to The Faculty of Medicine in Galilee - Bar Ilan University

גליל תחתון 1520800
טל. 04-6652211
פקס בנושא קבלת חולים: 04-6652887
פקס בנושאים אחרים: 04-6652619

M.P. Lower Galilee 1520800
Tel: 04-6652211
Fax Administrations Office 04-6652887
Fax other issues: 04-6652619

סודי רפואי

מעודכן ל: 09/12/21, 21:31
אחות אחראית: משה בן סימון

מנהל מח': דר. ערן טל-אור

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10806638

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

יעקוב רימון

ת.ז.: 30294269-3 מין: זכר ת.לידה: 05/04/1989 גיל: 32 ש
סוג מבקר: אזרח שם האב: ריאד טל: 050-9766668 שם האם: מונא
מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
כתובת: מגאר 264 מרכז הכפר, מגאר, 2012800

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים גורם מפנה: פניה עצמית מבטח: יעקוב רימון, 30294269-3
תאריך קליטה במיון: 09/12/21 שעה: 20:49
תאריך קליטה בב"ח: 09/12/21 שעה: 20:49
זמן בדיקת רופא: 09/12/21, 21:25 זמן בדיקת אחות: 09/12/21, 20:56

אבחנות נוכחיות

E829.9- OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS INJURING UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

סימנים חיוניים:

תאריך	שעה	לד סיסטולי	לד דיאסטולי	דופק בדקה	P.O - חום פה	P.O - חום רקטלי	P.A - חום בית שחי	חתימה
09.12.2021	20:57	145	93	90				רנא

תאריך	שעה	P.E - חום באוזן	P.F - חום ורימית שיא	נשימות בדקה	סטורציה	סטורציה עם חמצן	אוזן כאב	א.ק.ג.	חתימה
09.12.2021	20:57				98		0		רנא

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

היסטוריה רפואית ותולדות משפחה

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 3 09/12/2021 21:31 JONROTEM

בן 32, בריא בד"כ.

לדבריו כ- 3 שעות טרם פנייתו היה מעורב בתאונת דרכים, חבלה בגב תחתון וצוואר. ללא איבוד הכרה, בחילות או הקאות, ללא חבלת ראש, חזה או בטן.

במיון:

סימנים- תקינים.

בבדיקתו- במצב כללי טוב ללא מצוקה נשימתית.

כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא סימני חבלה חיצוניים וללא רגישות במישוש צלעות.

קולות לב סדירים ללא אוושות.

בטן רכה, ללא סימני חבלה, ללא רגישות וללא סימני גירוי צפקי.

ראש סימטרי ללא סימני חבלה חיצוניים.

צוואר עם רגישות במישוש, ללא הגבלת תנועה וללא חסר נירולוגי.

עמ"ש גבי עם רגישות במישוש, ללא הגבלת תנועה וללא חסר נירולוגי.

רגישות במישוש כתף שמאל, ללא הגבלת תנועה.

בדיקה נירולוגית תקינה כולל עצבים קראניאלים, כח גס, תחושה, תנועות עיניים ותגובת אישונים לאור. בהכרה מלאה ומשתף פעולה.

דיון וסיכום הקבלה

בן 32 עם הרקע הנ"ל.

לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים, חבלה בגב תחתון וצוואר.

במיון יציב הימודנמית ונשמית, בהכרה מלאה, מתנייד חופשי, GCS 15, ללא הקאות, ללא קוצר נשימה בטן או כאבים בבית חזה, ללא חוסר נירולוגי.

במהלך כל זמן שהייתו במיון היה יציב המודינאמית ונשימתית, ללא החמרה במצבו וללא הופעת סימנים מבחינה כירורגית נראה כי אין בעיה המצריכה המשך בירור או טיפול בשלב זה.

משוחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- בכל מקרה של החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי בהקדם.

- נגד כאבים לפי הצורך.

- מנוחה 3 ימים.

- המשך מעקב רופא משפחה מטפל.

- מעקב אורתופד בקהילה.

- בריאות אושר ושמחה.

חופשת מחלה: 3 ימים

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
09/12/2021	21:27	שחרור		יו. רותם

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: רותם, יונתן

חתימה:

מספר רשיון: 1-157006

21:31 09/12/21



שם הרופא
ותחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מספר:מגאר מחוז:צפון

תאריך 09/12/2021

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

יעקוב רימון
שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת לידה
ריאד
שם האב
מספר ת.ח.
רחוב
מס בית
טלפון
טלפון נוסף
מגאר
ישוב

סוג תאונה 1 תאונת דרכים
תאריך תאונה 09/12/2021

מספר הפניה: 37944186593

גרם שולח



7944

מספר הפניה



037944186593

תז נבדק



0302942693

רשיון רופא



038105

לכבוד: פזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	רפואי
			80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
כאבי גב עליון ותחתון
כאבי צוואר וכתפיים

סימנים חיוניים: גובה 182 09/06/2017 משקל 92 09/06/2017 bmi 27.77

לחץ דם 145 / 82 09/06/2017

דופק 77 09/06/2017

eGFR 73.8 מתאריך 20/06/2019

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/08/2013	rt foot	CRUSH INJURY
01/08/2013		METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2 nd 4

תולדות עבר

ה.ר. 7

הפניה למכון פיזיותרפיה
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
יעקוב רימון
הודפס ע"י ד"ר עומר ח'טיב 00-30294269-3
דף 1 מ 2

הפניה למכון פזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

יעקוב רימון

עקוב רימון						
שם משפחה ושם פרטי	00-30294269-3		32.11	ז	05/04/1989	ריאד
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב		
מס ת.ח.	0	-6781616	4	8843567 - 54		
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף			
ישוב						

מספר הפניה:

רשיון הופא

021940

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

אבחנה משוערת

SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות / סיבות הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/01/2022

כאבי גב עליון

הגבלה בתנועה

11/03/2022

בתאריך 09/12/2021 עבר ת.ד. ומאז סובל מכאבי כתפיים וכאבי גב
הומלץ על טיפול פיזיותרפי

27.77	bmi	09/06/2017	92	משקל	09/06/2017	182	גובה	סימנים חיוניים:
-------	-----	------------	----	------	------------	-----	------	-----------------

09/06/2017 145 / 82 לחץ דם

09/06/2017 77 דופק

20/06/2019 73.8 eGFR מתארך

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/08/2013	rt foot	CRUSH INJURY
01/08/2013		METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2 nd 4

7 נ.ה.0

הפניה למכון פיזיותרפיה

23177

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-30294269-3 הודפס ע"י עלי עדוי

יעקוב רימון

מ.ס.יום	מ.גילוי	איפיון	העיה
01/01/2019	01/01/2017		SMOKER

ממצאים קליניים
ממצאים מתאריך 19/01/2022
רגישות מעל שרירי גב עליון
11/03/2022

19/01/2022

19/01/2022

עלי עדוי
שם הרופא
161155
מספר רשיון
חתימה וחוקתמת הרופא

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





15461588



302942693

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 01/04/22

מחוז מנפק : 015 הצפון
מרפאה מנפקת : 7944 מגאר
גורם מממן : 015 הצפון

אל : מכון מגיאר לפיזיותרפיה

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 315461588

רופא מטפל : 35748 מאדי אסעד

המבוטח : 0030294269-3 יעקוב רימון
רופא מפנה : 28736 פארס פארס
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	תאור הטיפול/בדיקה	קוד
80074	טיפול פיזיותרפי פרטני	80074

קוד שירות ספק	כמות
80074	6

האישור בתוקף עד לתאריך: 01/10/22

תאריך זימון: 01/04/22

אבו גינב עינת

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום: הנחה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____ בשעה: ____

ט"ו-17



מספר רשיון 35748
טלפון 04-6780877 ,
04-7702180
פקס 04-6778135
מחוז צפון

שם הרופא ד"ר מאדי אסעד
תחום משפחה
כתובת מגאר
מרכז מרפאת גאמשה - מגאר

הפניה כללית

תאריך הפניה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	יעקוב רימון	מס זהות:	00302942693	גיל:	33.01	
ת.ל.ידה:	05/04/1989	שם האב:	ריאד	ישוב:	מגאר	רחוב:	ת.ח. 264
מס בית:	0	טלפון:	4-6781616	טלפון נוסף:	54-8843567		

09/12/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35888001415

מספר הפניה:

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גרם שולח
035748	0302942693	035888001415	5888

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"מ	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי
		80074

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	אבחנה
7245	BACKACHE	
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/04/2022:

כאבי גב תחתון , הקרנה לרגליים
כאבים בצוואר
הגבלה בתנועה
20/05/2022
כאבי גב תחתון , הקרנה לרגליים
כאבים בצוואר

סימנים חיוניים:	גובה	09/06/2017	182	משקל	09/06/2017	92	bmi	27.77
	לחץ דם	09/06/2017	145 / 82					
	דופק	09/06/2017	77					

73.8 eGFR מתאריך 09/06/2017

ממצאים בבדיקה: רגשיות מעל עמ"ש צוארי ומותני

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אבחנה	בעיה
01/08/2013	rt foot	CRUSH INJURY
01/08/2013		METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2 '4

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מסיום	אבחנה	בעיה
01/01/2019	01/01/2017		

7 ס.ה.ר.

המסמך מכיל מידע מזגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

20/05/2022

הודפס ע"י ד"ר מאדי אסעד

00302942693

הפניה כללית

יעקוב רימון

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





04/06/2022

לכבוד הרופא המטפל: עומר חטיב,
שלום רב,

הנדון: דו"ח סיום טיפול פיזיותרפי

אדון/גברת רימון יעקוב, ת.ז. 302942693

הופנה/הופנתה על ידך לטיפולים פיזיותרפיים בתאריך 12/03/2022

עם אבחנה:

BACKACHE, SHOULDER SYMPTOMS / COMPLAINTS

הטיפול הפיזיותרפי כלל:

עיסוי רקמה רכה + TENS + H.P + תרגילים

סוג הבעיה:

בעיה כרונית מעל שלושה חודשים

מהלך המחלה הנוכחית:

בן 32 לאחר מערבות בתאונת דרכים ב 09-12-2021 מתלונן על כאבינו בגב תחתון וכאבי צוואר וכתפיים נבדק במיון פוריה עבר בדיקות שפרשו ללא ממצא חריג שוחרר עם המלצות למנוחה וטיפול סמפטומטי עדיין מתלונן על כאבים בגב תחתון וכאבי צוואר וכתפיים

במשך תקופת הטיפולים:

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

הערות:

לאחר 4 סדרות של 24 טיפול, הושג שיפור חלקי במצבו של המטופל, עדיין כאבים בעמידה ושיבה לזמן ממושך יותר מ 20 דקות, עדיין מתקשה בעליית וירידת מדרגות, כאבים בהרמת חפצים כבדים

כמות טיפולים: 24:

מודים לך על שיתוף הפעולה
לכבוד רב עפ"י חורי



302942693

שירותי בריאות כללית

חסוי/א"ש

מחוז מנפק : 015 הצפון

מרפאה מנפקת : 5888 מג'אר ג'מאשי

גורם מממן : 015 הצפון

אל : מכון מג'אר לפיזיותרפיה

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 315598192

רופא מטפל : 35748 מאדי אסעד

המבוטח : 0030294269-3 יעקוב רימון

רופא מפנה : 35748 מאדי אסעד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה
80074	טיפול פיזיותרפי פרטני
6	כמות שירות ספק
23/05/22	תאריך זימון :
23/11/22	האישור בתוקף עד לתאריך :
	אבו שקארה רינא
	שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום : תאונות דרכים


 כתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול הדרוש.
- * בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה ____

הוזמן תור לתאריך ____/____/____

ט"ו-17



שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

מחוז מנפק : 015 הצפון

מרפאה מנפקת : 5888 מג'אר ג'מאשי

גורם מממן : 015 הצפון

אל : מכון מג'אר לפיזיותרפיה

אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 315434550

המבוטח : 0030294269-3 יעקוב רימון

רופא מפנה : 35748 מאדי אסעד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

רופא מטפל : 35748 מאדי אסעד

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק
80074	טיפול פיזיותרפי-תאונות דרכים	800741

תאריך זימון : 11/03/22

האישור בתוקף עד לתאריך : 11/09/22

עבאס בריהאן

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נתקבל סך של 36.00 ש"ח בקבלה מס. 459278

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ו-17

שירותי בריאות כללית

מחנז : הצפון
מרפאה: 5888 מג'אר ג'מאשי
מג'אר מגאר 04-6780877
תאריך: 11/03/22
שעה : 12:16

-מקור-

קבלה : 1/00459278
=====

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

מספר תיק: 589906114

לכבוד: 0030294269 יעקוב רימון

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

לתשלום תאריך ביקור

36.00

11/03/22

אמבולטורי מכון פרטי

2

מכון: 8000-מכון מג'אר לפיזיותרפיה

שירות: 80074 פיזיותרפיה פרטנית

קבוצה: 15 פיזיותרפיה

סה"כ לטופס : 36.00

פירוט תשלומים באשראי :

ת.פרעון סוג אשראי

שולם

מספר כרטיס

36.00

MAX 11/03/22

36.00

סה"כ שולם באשראי :

סה"כ שולם:

36.00



קופאי: 8-754651 עבאס בריהאן

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

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

תודה וליהט ראיות

תאריך הדפסה: 09.12.21

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 10806638

 מטבע: ILS

לכבוד: יעקוב רימון ת.ז: 30294269-3

 רחוב / מס: מגאר 264 מרכז הכפר

 עיר / מיקוד: 2012800 מגאר

 טלפון: 050-9766668

מספר ביקור: 10806638 תאריך קבלה: 09.12.21 יח' מיון: מ-כיר

 הפניה מרופא: לא

קוד שירות	תאור	כמ'	מחיר	ביטוי	הנחה	סה"כ
99283	ביקור במיון, תשלום גלובלי	1	989.00	100.00	0.00	989.00
10962	בדיקה קלינית במיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
10964	אגרת מיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
						סה"כ: 989.00

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: יעקוב רימון

 ת.ז: 30294269-3 שכתובתי: 2012800 מגאר מגאר 264 מרכז הכפר

 טלפון: 050-9766668 מקום עבודה:

 טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: יעקוב רימון

 חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

רחלי ריסקה

15/04/2022
11:34

הפניה כללית

פרטי המטופל

יעקוב רימון
שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
ז
ת.ח.
מגאר
ישוב
00-30294269-3
33.00
0
264
מס זהות
גיל
ז
ת.ח.
מגאר
ישוב
00-30294269-3
33.00
0
264

סוג תאונה 1 תאונת דרכים
תאריך תאונה 09/12/2021

מספר הפניה: 35888095947
מספר רשיון
תז נבדק
מספר הפניה
גורם שולח
5888
035888095947
0302942693
035748

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: כאבי גב תחתון, הקרנה לרגליים
כאבים בצוואר
הגבלה בתנועה

סימנים חיוניים: גובה 182 09/06/2017 משקל 92 09/06/2017 bmi 27.77
לחץ דם 145 /82 09/06/2017
דופק 77 09/06/2017

20/06/2019 מתאריך 73.8 eGFR

ממצאים בבדיקה: רגשיות מעל עמ"ש צוארי ומותני

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/12/2021
מפנה לטיפול פיזיותרפיה
ההפניות שהופקו ב 17/12/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
15/04/2022

ס.ה.ר. 7

הפניה כללית
יעקוב רימון
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
15/04/2022 הודפס ע"י ד"ר מאדי אסעד
דף 1 מ 2

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות		
בעיה	איפיון	מ.גילוי
CRUSH INJURY	rt foot	01/08/2013
METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2 ' 4		01/08/2013

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר			
בעיה	איפיון	מ.גילוי	מ.סיום
SMOKER		01/01/2017	01/01/2019

חתימה וחוקמת הרופא 35748 ד"ר מאדי אסעד
 מספר רשיון שם הרופא

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



ס.ה.ר. 7 הפניה כללית יעקוב רימון
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 2 מ 2 15/04/2022 הודפס ע"י ד"ר מאדי אסעד 00-30294269-3



שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

מחוז מנפק : 015 הצפון

מרפאה מנפקת : 5888 מג'אר ג'מאשי

גורם מממן : 015 הצפון

אל : מכון מג'אר לפיזיותרפיה

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 315478717

רופא מטפל : 35748 מאדי אסעד

המבטח : 0030294269-3 יעקוב רימון

רופא מפנה : 35748 מאדי אסעד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק
80074	טיפול פיזיותרפי פרטני	80074
תאריך זימון : 15/04/22	האישור בתוקף עד לתאריך : 15/10/22	כמות : 6
נופק ללא תשלום : הנחה	סאלח מריאנה	
	שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה	

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבטח בשירותי בריאות כללית כמעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה : _____

הוזמן תור לתאריך : ____/____/____

ט"ו-19



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פתיה
מסגרת לפיקוח לרפואה של אגודת סקס נר אגודת נגיד
The BARUCH PADEN Medical Center, Poriya
Affiliated to The Faculty of Medicine in Galilee - Bar Ilan University

ד.ב. גליל תחתון 1520800
טל: 04-6652211
פקס בנושא קבלת חולים: 04-6652887
פקס בנושאים אחרים: 04-6652619

M.P. Lower Galilee 1520800
Tel: 04-6652211
Fax Administrations Office 04-6652887
Fax other issues: 04-6652619

תאריך הדפסה: 09.12.21

מחלקה לרפואה דחופה

חוב לביקור שמספרו: 10806638
מטבע: ILS

לכבוד: יעקוב רימון ת.ז: 30294269-3
רחוב / מס: מגאר 264 מרכז הכפר
עיר / מיקוד: 2012800 מגאר
טלפון: 050-9766668

מספר ביקור: 10806638 תאריך קבלה: 09.12.21 יח' מיון: מ-כיר
הפניה מרופא: לא

קוד שירות	תאור	כ"מ	מחיר	כיסוי %	הנחה	סה"כ
99283	ביקור במיון, תשלום גלובלי	1	989.00	100.00	0.00	989.00
L0962	בדיקה קלינית במיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
L0964	אגרת מיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
						סה"כ: 989.00

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: יעקוב רימון
ת.ז: 30294269-3 שכתובתי: 2012800 מגאר מגאר 264 מרכז הכפר
טלפון: 050-9766668 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: יעקוב רימון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

רחלי ריסקה

ט.ל.ח

מחוד - 1 מחוד 1

RRISKA



שם הרופא	ד"ר גאזי חביבאללה	מספר רשיון	21837
תחום	אורתופדיה	טלפון	04-6638800
כתובת	מגאר	פקס	04-6782379
מרפאה	מגאר	מחוז	צפון

תאריך: 18/08/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם יעקוב רימון	מס זהות:	00302942693	גיל:	33.04	מין:	ז
תולידה:	05/04/1989	ישו:	מגאר	רחוב:	ת.ח. 264	טלפון מספר:	54-8843567	
מס בית:	0	טלפון:	4-6781616					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 09/12/2021

לכבוד: ד"ר מאדי אסעד

תלונות: כאבי צוואר גב תחתון בעקבות תאונת דרכים טופל עד כה על ידי טיפול תרופתי וטיפול פיזיותרפי

הגבלה בתנועות הצוואר עם ספירלינג חיובי מציין כאב רדיקולרי ביד ימין לפי C6

רגישות אקסיאלית בגובה L4L5 עם הגבלה בתנועות, SR, דו צדדית ב 50 מעלות טופל שמרנית ללא שיפור ולכן ישלים בירור על מנת לקבוע טיפול פולשני

אבחנות

מועד גילוי אפיין אבחנה
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
RTA CONTUSION NECK LOW BACK

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9 הודפס
הפניה לדימום	78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו	H3 הודפס

תרופות בביקור

P	מ	עד	ת	ק	ג	OP	סה"כ משך D	פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
1	PD	0	N	0			15	30	2	TAB	NAPROXEN TAB 500MG 500MG

בברכה,

21837

ד"ר גאזי חביבאללה

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום יעוץ

18/08/2022

הודפס ע"י ד"ר גאזי חביבאללה

00302942693

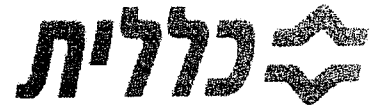
יעקוב רימון



017944019734

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

מס' זהות: 00302942693

גיל: 33.04 מין: ז

יעקוב רימון

ביקור עקב תאונת דרכים

NAPROXEN TAB 500MG 500MG

999004150

(NAPROXENO 29/M TAB 500MG 40(D), NAXYN TAB 500MG 30(D))

למשך 15 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 17/11/2022 - 18/08/2022



מס' רישיון



021837

טלפון: 04-6638800

שם הרופא ד"ר גאזי חביבאללה

כתובת: מגאר

תחום: אורתופדיה

****בתם דיגיטלית****

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית דהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

תאריך: 18/08/2022

הפניה לדימוס

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	יעקוב רימון
ת.ל.יד:	05/04/1989
מס בית:	0
מס זהות:	00302942693
רחוב:	ת.ח. 264
טלפון נוסף:	54- 8843567
מגאר:	מגאר
שוב:	ישוב
טלפון:	4- 6781616
גיל:	33.04
מין:	ז

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 09/12/2021

מספר הפניה: 37944010039

גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	רשיון רופא
7944	037944010039	0302942693	021837

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוס כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוס. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמש מתני וצווארי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי	תיאור רפואי	שירות רפואי
		10304017	10304010

המטופל מתלונן על כאבי צוואר גב תחתון בעקבות תאונת דרכים טופל עד כה על ידי טיפול תרתי וטיפול פיזיותרפי הגבלה בתנועות הצוואר עם ספירלינג חיובי מציין כאב רדיקולרי ביד ימין לפי C6 רגישות אקסיאלית בגובה L4L5 עם הגבלה בתנועות SR דו צדדית ב- 50 מעלות טופל שמרנית ללא שיפור ולכן ישלים בירור על מנת לקבוע טיפול פולשני



אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
9223	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS RTA CONTUSION NECK LOW BACK

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2013	rt foot	CRUSH INJURY
01/08/2013		METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2' 4

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2019	01/01/2017		SMOKER

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.cialit.co.il).

85555
מספר
ההפניה
הרשום
מעלה



תאריך: 18/08/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	יעקוב רימון	מס זיהוי:	00302942693	גיל:	33.04	מין:	ז
ת.לידה:	05/04/1989	ישוב:	מגאר	רחוב:	ת.ח. 264	טלפון נוסף:	54- 8843567	
מס בית:	0	טלפון:	4- 6781616					

תאריך תאונה: 09/12/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 37944010038

גורם שולח



7944

מספר הפניה



037944010038

תז נבדק



0302942693

רשיון רופא



021837

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

קוד שירות: קוד משה"ב
97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

RTA CONTUSION NECK LOW BACK

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: כאבי צוואר גבב תחתון בעקבות תאונת דרכים טופל עד כה על ידי טיפול תרתי וטיפול פיזיותרפי

הגבלה בתנועות הצוואר עם ספירלינג חיובי מצייסן כאב רדיקולרי ביד ימין לפי C6

רגישות אקסילית בגובה L4L5 עם הגבלה בתנועות, SR, דו צדדית ב 50 מעלות טופל שמרנית ללא שיפור ולכן ישלים בירור על מנת לקבוע טיפול פולשני

בעיות פעילות

מגילוי	01/08/2013	איפיון	rt foot	בעיה	CRUSH INJURY
מגילוי	01/08/2013	איפיון		בעיה	METATARSAL CLOSED FRACTURE OF 2' 4

תולדות עבר

מסיום	01/01/2019	מגילוי	01/01/2017	איפיון	בעיה
					SMOKER

21837

ד"ר גאזי חביבאללה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ה.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

18/08/2022

הודפס ע"י ד"ר גאזי חביבאללה

00302942693

יעקוב רימון

נספח 3 :

תעודות רפואיות - גיאנא

(עמודים 38 עד 47)





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
מספר לתיק: 10806640
The BARUCH PADEN Medical Center, Poriya
Affiliated to The Faculty of Medicine in Galilee - Bar Ilan University

ד.ג. גליל תחתון 1520800
טל: 04-6652211
פקס בנושא: 04-6652887
פקס אחרים: 04-6652619
M.P. Lower Galilee 1520800
Tel: 04-6652211
Fax Administrations Office 04-6652887
Fax other issues: 04-6652619

סודי רפואי
מעודכן ל: 21:30, 09/12/21
אחות אחראית: משה בן סימון

מנהל מח' דר. ערן טל-אור

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10806640

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ח'ורי גיאנא

ת.ז.: 30839981-5 מין: נקבה
שם האב: ריאד טל: 052-3105350
מצב משפחתי: נ + 3 קופ"ח: כללית
כתובת: תד 263 מרכז הכפר, מגאר, 2012800
ת.לידה: 28/08/1992
טל: 050-3122223
שם האם: מונא
סוג מבקר: אזרח

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים
גורם מפנה: פניה עצמית
מבטח: ח'ורי גיאנא, 30839981-5
תאריך קליטה במיון: 09/12/21 שעה: 20:52
תאריך קליטה בבי"ח: 09/12/21 שעה: 20:52
זמן בדיקת רופא: 21:27, 09/12/21
זמן בדיקת אחות: 20:59, 09/12/21

אבחנות נוכחיות

E829.9- OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS INJURING UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

סימנים חיוניים:

תאריך	שעה	ל.ד. סיסטולי	ל.ד. דיאסטולי	חפץ בדקה	P.O - חום פה	P.O - חום רקטלי	P.A - חום בית שחי	חתימה
09.12.2021	20:59	131	79	92				רנא

תאריך	שעה	P.E - חום באוזן	P.F - חום זרימת שיא	נשימות בדקה	סטורציה עם חמצן	אומדן כאב	א.ק.ג.	חתימה
09.12.2021	20:59				98	0		רנא

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

היסטוריה רפואית ותולדות משפחה

גרסה: 01
עמוד 1 מתוך 3
09/12/2021 21:34
JONROTEM

בת 29, בריאה בד"כ.

לדבריה כ- 3 שעות טרם פנייתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים, חבלה בצוואר, כתף ימין וגב תחתון. ללא איבוד הכרה, בחילות או הקאות, ללא חבלת ראש, חזה או בטן.

במיון:

סימנים- תקינים.

בבדיקתה- במצב כללי טוב ללא מצוקה נשימתית.

כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא סימני חבלה חיצוניים וללא רגישות במישוש צלעות.
קצת לב סדירים ללא אוששות.

בית רכה, ללא סימני חבלה, ללא רגישות וללא סימני גירוי צפקי.
ראש פיימטרי ללא סימני חבלה חיצוניים.

צוואר עם רגישות במישוש, ללא הגבלת תנועה וללא חסר נירולוגי.
עמ"ש גבי עם רגישות במישוש, ללא הגבלת תנועה וללא חסר נירולוגי.

כתף ימין עם רגישות במישוש, ללא הגבלת תנועה.
בדיקה נירולוגית תקינה כולל עצבים קראניאלים, כח גס, תחושה, תנועות עיניים ותגובת אישונים לאור.

בהכרה מלאה ומשתפת פעולה.
דין וסיכום הקבלה

בת 29 עם הרקע הנ"ל.

לדבריה הייתה מעורבת בתאונת דרכים, חבלה בצוואר, כתף ימין וגב.

במיון יציבה הימודנמית ונשמטית, בהכרה מלאה, מתניידת חופשי, GCS 15, ללא הקאות, ללא קוצר נשימה, שוללת כאבי בטן או כאבים בבית חזה, ללא חוסר נירולוגי.

במהלך כל זמן שהייתה במיון הייתה יציב המודינאמית ונשימתית, ללא החמרה במצבה וללא הופעה של תסמינים חדשים.

מבחינה כירורגית נראה כי אין בעיה המצריכה המשך בירור או טיפול בשלב זה.
משוחררת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

מצב המטופל בשחרור ממיוןתכנית טיפול והמלצות להמשך

- בכל מקרה של החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי בהקדם.

- נגד כאבים לפי הצורך.

- מנוחה 3 ימים.

- המשך מעקב רופא משפחה מטפל.

- מעקב אורתופד בקהילה.

- בריאות אושר ושמחה.

חופשת מחלה: 3 ימים

גרסה: 01

עמוד 2 מתוך 3

09/12/2021

21:34

JONROTEM

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
09/12/2021	21:30	שחרור		יו.רותם

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: רותם, יונתן
חתימה:

מספר רשיון: 1-157006

21:34 09/12/21



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה:מגאר
מחוז:צפון

תאריך 17/12/2021

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		ח'ורי גיאנא	
שם משפחה ושם פרטי	00-30839981-5	נ	29.03
מס זכות	גיל	ת.לידה	28/08/1992
שם האב	שם האב	מין	ריאד
מגאר	ת.ד. 264	0	52 - 3105350
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 09/12/2021

מספר הפניה: 37944186595
רשיון רופא
שירות
038105
תז נבדק
0308399815
מספר הפניה
037944186595
גורם שולח
7944

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר	קוד	קוד	שירות
שירות רפואי	80015	קוד משה"ב	97001
80015			פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
כאבי גב לאחר תאונת דרכים
כאבים בצוואר

סימנים חיוניים: גובה 151 03/01/2021 משקל 62 09/09/2021 bmi 27.19

לחץ דם 97 / 61 17/06/2020

דופק 68 17/06/2020 סדיר

EF (%) 65 עודכן ב 13/03/2020 eGFR 122.11 מתאריך 24/10/2021

בעיות פעילות	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	25/09/2019		NEPHROLITHIASIS
	23/05/2019		REC SVT - S/P ABLATION 23.05.2019
	10/01/2021		OBESITY
	10/10/2018		REC UTI
	10/05/2018		ANXIETY AND DEPRESSION

7 ה.ה.ר

הפניה למכון פיזיותרפיה
ח'ורי גיאנא
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
00-30839981-5 הודפס ע"י ד"ר עומר ח'טיב

26.1.2022

חורי גיאנא 308399815

לכב' מעוניין / רופא מטפל

שלום רב,

מדובר בבת 29

פנתה עקב כאבים בצוואר, כתפיים וגב תחתון מהם סובלת מאז תקופה, מתקשה במבט לצד ימין, מתקשה להרים את הראש. מתלוננת על כאבי גב תחתון עם הקרנה לשתי הרגליים ובעיקר כאבים באספקט אחורי של שני הירכיים. מתלוננת על כאבים בשני הכתפיים בעיקר משמאל עם הגבלה בהרמת היד משמאל.

בבדיקה

עמוד שדרה צווארי - רגישות: ++ אקסיאלית בגובה C5C6, פראספינלית ++ דו צדדית בגובה C4C5C6, ספירלינג חיובי, LHERMITS חיובי, אין סימני לנזק נוירולוגי בשתי ידיו.

עמוד שדרה מתני - רגישות: ++ אקסיאלית בגובה L3L4L5 עם רגישות פראספינלית מימין בגובה L3L4L5. הגבלה: ++ כיפוף ויישור של עמ"ש מתני, SLR דו צדדית ++ ב 50 מעלות.

לטיפול פיזיותרפי: עמוד שדרה צווארי - חימום, גלים קצרים וטווח תנועות, מתני - חיזוק שרירים, מסאז עמוק, מוביליזציה ומתיחות.

רגישות מעל GT ומעל LHBT בשני הכתפיים עם הגבלה בתנועות וסימני צביטה סובאקרומיאלית

טופלה שמרנית ללא שיפור ולכן תשלם

CT עמש מתני וצווארי, תחזור עם הצילומים על מנת לשלול בקע דסקלי

הפנייתה ל US כתפיים דו"צ לשלול קרע ב RC

RTA CONTUSION NECK LOW BACK

המלצות:

(1) טיפול תרופתי עם בטארן 100 מג X פעם ביום.

(2) הפנייתה ל CT עמש מתני וצווארי ולחזור עם הצילומים

(3) הפנייתה ל US כתפיים בשאלה של קרע RC.

ד"ר חביב אללה גאזי
מומחה בכירורגיה אורתופדית
וניתוחי עמ"ש
מ.מ. 17158 | מ.ר. 21837



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
מסגרת לפרקליטת ולרופא של אגודת רופאי
The BARUCH PADEH Medical Center, Poriya
Affiliated to The Faculty of Medicine in Galilee - Bar-Ilan University

ד.ג. גליל תחתון 1520800
טל: 04-6652211
פקס בנושא קבלת חולים: 04-6652887
פקס בנושאים אחרים: 04-6652619

M.P. Lower Galilee 1520800
Tel: 04-6652211
Fax Administrations Office 04-6652887
Fax other issues: 04-6652619

סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפול

ממצאי בדיקה מכוון דימות סי.טי
טלפון : 04-6652271 פקס 04-6652460 : 04-6652271

ת.ז. 30839981-5
מין : נ

שם: ח'ורי גיאנא
מקרה: 31114464
גיל 29 ש
כתובת: תד 263 מרכז הכפר מגאר 2012800
גורם מפנה: כללית
יחידה אירגונית מזמינה: מכוון דימות סי.טי

בדיקות שבוצעו

תאריך ביצוע	שעת ביצוע	תיאור שירות
17.02.22	16:50	CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד
17.02.22	16:50	CT עמוד שדרה מותני, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה
ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור
ראה מסמך מצורף

תאור הבדיקה והממצאים

בדיקה טומוגרפיה מחשבית של עמוד השדרה מותני

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים מגובה S1-D12

L1 - D12 - ב.מ.פ.

L1-L2 - ב.מ.פ.

L3-L2 - ב.מ.פ.

L4-L3 - דיסקופתיה קלה ופרט לכך שמור.

L4-L5 - דיסקופתיה קלה, הצרות של תעלות השורשים וייתכן לחץ על שורשים L4

S1-L5 - דיסקופתיה קלה ללא לחץ, הצרות של תעלות השורשים ולחץ על שאנשים L5-מ

ספינה ביפידה אוקולטה S1

הפרקים הסקרו אליאקלים הודגמו שינויים ניכונים דו'צ' ליעוץ רוימטולוגיה..

ממצא לוואי- אבן יציקה בכליות

סיכום: כמתואר .

*יש לחזור בכל מקרה עם תוצאות הבדיקה לרופא המטפל ולרופא המפנה

טומוגרפיה מחשבית של עמוד השדרה צוארי.

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים עם שחזורים קורנלים וסגיטלים .

ממצאי רדיולוג , גרסה 01 עמוד 1 מתוך 22.03.2022 08:53:09 מסמך הוקלד ע"י דר. אברנסס יולנדה

יידור של לורדוזיס הצוואר. הצרות ספינלית קלה.

C1-C2 : ב.מ.פ.

C2-C3 : ב.מ.פ.

C3-C4 : ב.מ.פ.

C4-C5 : ב.מ.פ.

C5-C6 : דיסקופתיה קלה

C6-C7 : מבנה גרמי שמור, אין לראות בבירור רקמות ועקב ריפוי ארטיפקטים מהכתפיים

C7-D1 : ב.מ.פ. במגבלות הבדיקה עקב ריבוי ארטיפקטים מהכתפיים

סיכום : כמתואר

* יש לחזור בכל מיקרה עם תוצאות הבדיקה לרופא המטפל ולרופא המפנה .

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ
דר. אברנטס יולנדה	30145	19396

תאריך הקלדה: 20.03.2022



11.2.2022



רמי פיזיותרפיה

דיווח בסיום סדרת טיפולים

שם המטופל: - גיאנא חורי
תחום טיפול: - פיזיותרפיה
ת.ז.: 308399815
טופל/ה מתאריך: 19.12.21-11.2.22

אבחנה: - cervicalgia, low back pain (LBP)

• הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתאריך 9.12.21 נחבלה בגב תחתון ובצוואר.

מצב בקבלה: בקבלתה תלונות על כאבים והגבלה בתנועות הצוואר עם הגבלה דו"צ, כאבים והגבלה בתנועות הגב בתחילת כיפוף גב ומתגבר באמצע, רגישות וכאבים במישוש בגב תחתון וחגורת כתפיים, תלונות על כאבים מתגברים בישיבה ועמידה ממושכת, הליכה ממושכת, במעבר מישיבה לעמידה, תפקודי מדרגות, תלונות על הפרעות שינה, כאבים בסחיבת/הרמת משקלים-חפצים מהרצפה לשולחן או מדף גבוה ולהפך(מעל גובה הראש).

• מקבלת טיפול תרופתי להפחתת כאבים לפי הצורך.
• (VAS במאמץ 8-7/10, במנוחה 5-4/10).

טיפול: טיפול פיזיותרפיה כללי שכולל:
עיסוי/ מנואלי /TENS+HP/ דיקור/ הדרכה לתרגול עצמי

סיכום: - המטופלת עברה סדרות 2 טיפולים, מדווחת על הטבה חלקית אחרי הטיפול למספר ימים וחוזרת למצב הקיים, רגישות וספאזם שרירי בחגורת כתפיים ובכל הגב.

• ממליץ על המשך טיפול ומעקב אורתופד(CT/MRI צווארי ומותני).

קרואני ראמי
פיזיותרפיסט
ה.מ. 105404

קרואני ראמי

מספר רשיון 21837
טלפון 04-6638800
פקס 04-6782379
מחוז צפון

שם הרופא ד"ר גאזי חביבאללה
תחום אורתופדיה
כתובת מגאר
מספרה מגאר

תאריך: 06/04/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **ח'ורי גיאנא**
ת.לדה: 28/08/1992
מס בית: 0
שם האב: **ריאד**
טלפון: 52-3105350
מס זהות: **00308399815**
גיל: 29.07 מין: נ
ישוב: **מגאר**
רחוב: **ת.ד. 264**
טלפון נוסף: **52-3105350**

מספר הפניה ישירה: **37944002251**

מספר רשיון 021837
תז נבדק 0308399815
מספר הפניה 037944002251
גורם שולח 7944

לכבוד: **ייעוץ ראומטולוגי**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70084	L9277	בדיקה רפואית - ראומטולוגיה	70084

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/03/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 10/04/2021
כאבים בכתף ימיני ללא חבלה
יד ימינית דומיננטית

22/10/2021
כאבים בשורש כף יד ימיני
19/11/2021
צילחום = ללא ממצא גרמי חריף.
30/03/2022
06/04/2022

כאבים בצוואר עם הגבלה בתנועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לשתי הרגליים
קושי בהליכה, מרגישה גב חצוי בכל פעילות
ב CT עמש צווארי מיום 17.2.2022 היצרות פורא מינלית דו צדדית בגובה CC3C4
היצרות פוראמינלית משמאל בגובה C4C5 יישור של הלורדוזה הצווארית, בלט
דסקלי במספר גבהים
ב CT עמש מתני שינויים BIL SIJ ???
בלט דסקלי בגובה L4L5S1
לייעוץ ראומטולוגי

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	RT	7
SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	L08
WRIST PAIN		

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מ.גילוי
NEPHROLITHIASIS		25/09/2019
REC SVT - S/P ABLATION 23.05.2019		23/05/2019
OBESITY		10/01/2021
REC UTI		10/10/2018

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר גאזי חביבאללה

00308399815

הפניה לרפואה יועצת

ח'ורי גיאנא

תאריך: 06/04/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ח'ורי גיאנא
ת.לידה:	28/08/1992	שם האב:
מס בית:	0	טלפון:
מס זהות:	00308399815	מס זהות:
גיל:	29.07	מין:
ישוב:	מגאר	רחוב:
טלפון מספר:	52-3105350	ת.ד.:

לכבוד: ד"ר מאדי אסעד

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/03/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 10/04/2021

כאבים בכתף ימני ללא חבלה
יד ימינית דומיננטית.

22/10/2021

כאבים בשורש כף יד ימני

19/11/2021

צילחום = ללא ממצא גרמי חריף.

30/03/2022

06/04/2022

כאבים בצוואר עם הגבלה בתנועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לשתי הרגליים

קושי בהליכה, מרגישה גב חצוי בכל פעילות

ב CT עמש צווארי מיום 17.2.2022 היצרות פורא מינלית דו צדדית בגובה C4C5

היצרות פוראמינלית משמאל בגובה C4C5 יישור של הלורדוזה הצווארית, בלט

דסקלי במספר גבהים

ב CT עמש מתני שינויים BIL SIJ ???

בלט דסקלי בגובה L4L5S1

לייעוץ ראוטולוגי

אבחנות

מועד גילוי	אופן	אבחנה
		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
		WRIST PAIN
	RT	
	RT	

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לרפואה יועצת	70084-בדיקה רפואית - ראומט	H1	הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	ג	OP	סל"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	שנה	תרופה
1	PD		0	N			30	15	D	2	TAB	1	NAPROXEN TAB 500MG 500MG

בברכה,

ד"ר גאזי חביבאללה

שם הרופא

21837

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר חביבאללה גאזי
ממחא במרפאה אורתופדית
וניתי עמוד שדרה
מג. 21837 ח.מ. 17159

סיכום יעוץ

ח'ורי גיאנא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר גאזי חביבאללה

00308399815

נספח 4 :

יפוי כח ווסר רימון וגיאנא

(עמודים 49 עד 54)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, ה'תש"פ / י"ז 30294263, מרחוב ש"ס,
 ת.ז. מס' 30294263, להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 9/12/21 בענין תאונת דרכים מיום
 נגד 9/12/21 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.

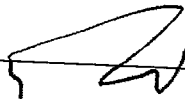
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

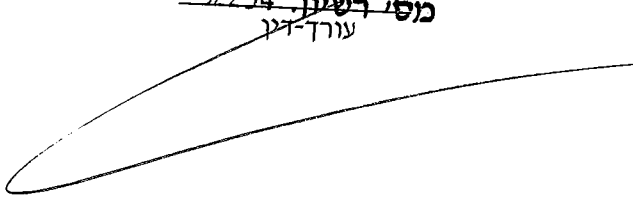
ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 9 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבליך
מס' רשיון: 52254
עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	ר"מ
302962693	ר"מ	264	ר"מ
תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	ר"מ
טלפון	מיקוד	עיר	מס'

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: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____

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

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

תאריך: 1.9.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ ד"ר אריאל פרייברג חתימה: X _____
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מ.א.א. 3039975, מרחוב הגנה, ת.ז. מס' 9/12/21,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 9/12/21 במשפט של
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 בהעדר.
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, 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 _____ 1 לחודש _____ 9 שנה _____ 22

חתימה: X גא/גא

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פרייבליך~~
~~מס' רשיון: 62254~~
~~עורך-דין~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה הור' שם פרטי לעז תעודת זהות 308399115 שם האב _____

ת.ר 263 מס' _____ עיר נצרת מיקוד _____ טלפון _____ 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 הבראותי 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 הבראותי 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: כלל 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: 1.9.22 עד לחתימה ומס' ת. עוזי ציון חתימה: _____ X 14/11/22 מס' רשיון: 62254