



בית משפט השלום בכפר סבא

15 נובמבר 2022

ת"א 30554-11-22 דהן נ' דן חברה
לתחבורה ציבורית בע"מ ואח'

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 15 נובמבר 2022 בשעה (بالساعة) 08:44 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 30554-11-22 דהן נ' דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ ואח'.

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו **077-3852 2703333** www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي **077-3852 2703333**.
www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך: 14.11.22

ניסים דהן, ת"ז 57097453

התובע:

מרחוב וולפסון 14, בני ברק
טלפון: 052-3312126

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 –

1. דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ, ח.פ. 513183046

הנתבעות:

מרחוב שאול המלך, 39, תל אביב 64928
טל': 03-6933333

2. הוראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
טל': 03-7546717; פקס: 03-7348248

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 והתובע הגיש 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, יליד 23.6.1961, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסע באוטובוס הנתבעת 1 מס' קו 28 מקרית אונו לתל אביב (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת 1 הינה חברה הפועלת כחוק בישראל ומפעילה שירותי תחבורה ציבורית, בין היתר, באמצעות אוטובוסים.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכבי הנתבעת 1 על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובע בעבודה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו ובטיפול בילדיו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 18.9.20, בשעה 07:00, או בסמוך לכך, ברחוב ירושלים, בבני ברק, עלה התובע לרכב מדלתו האחורית, כשלפתע, בלם נהג הרכב בפתאומיות והתובע נפל ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בפנים, בצוואר, בגב ובגפיים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה לדריכה על פי יכולת, רגל מורמת בשינה, חבישות, נטילת משככי כאבים, ומנוחה בת 7 ימים.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים בצוואר ובגב, כמו גם מכאבים בשורש כף יד שמאל, הופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, ובדיקות הדמיה, בהמלצה למנוחה ונטילת משככי כאבים.

11. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים וקושי בהנעת והפעלת היד הופנה לביצוע בדיקת אולטרא-סאונד והונחה להשתמש בסד-חבק יד. כן, מחמת הכאבים העזים והקושי בביצוע עבודתו הופנה לביצוע טיפולים במסגרת מכבי טבעי.
12. הכאבים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני החמירו והוחלט על הפנייתו להמשך מעקב וביצוע בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה המותני והדגימה בלט דיסק המשיך לשורש בגובה L3 משמאל, וספונדילוליזיס וספונדילוליסתזיס בגובה L5-S1. והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה, כמו גם הפניה למרפאה תעסוקתית.
13. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה ניתנו לתובע תעודות מחלה למן יום התאונה ועד ליום 26.12.2020 וניתנו לו תעודות מחלה נוספות בעת התקפות כאב ומחמת קושי בביצוע עבודתו.
- רצ"ב תעודות רפואיות ותעודות מחלה, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, מקושי בהליכה, עמידה ושיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מקושי במעברים וחוסר יציבות, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מכאבים עזים והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע עצמאי, ספר ובעלים של סלון לעיצוב שיער בתל אביב, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, הוא מתקשה בניהול עסקו, נזקק להפוגות ממושכות במהלך עבודתו ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו וטיפול בילדיו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

חלק 3

19. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|--|
| 165,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 35,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 13,258 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 6,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:



(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו 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 נזקיו הלא ממוניים של התובע.

20. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובע בהיותה הבעלים ו/או מתירת השימוש ברכב.

21. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעות, לדין ולחייבן, לפצות את התובע 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 התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 7)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 9 עד 37)	9
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - הראל - אורתופדי (עמודים 39 עד 39)	39
נספח 4: נחתמו (עמודים 41 עד 44)	41



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 7)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים			
יחידה	יחידת בוחנים מחוז נת	מספר תיק	770178 / 2020
תאריך	20/10/2020	שיווג תיק	ת.ד.
מס' תיק מסוף	8	מס' מסמך	2008
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607
כתובת	אמץ 2, תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il
נושא המסמך			

כלי המעורב	
1. תאריך התאונה:	18/09/2020
2. מקום התאונה:	בני ברק, ירושלים 70 באחר, שלא פורט לעיל
הערות מקום:	
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:	

מספר רכב		סוג רכב		תוצר רכב	
ללא מספר		אוסטוס צבאי		סוג לוחית	
לא הוצג		חברת ביטוח		מספר פוליסה	
1. שיוך המעורב		ת.ז.		שם	
נוסע		57097453		נסים דהן	
כתובת		קופ"ח / בית חולים		שם	
בני ברק, וולפסון 14		שיבא - תל השומר		שם פרטי	
4. פרטי הולכי רגל:		מצב התיק: בחקירה		מתאריך: 20/10/2020	
5. כמות נפגעים: 1					

פרטי המספר בתיק			
מ"א	שם משפחה	שם פרטי	
1117902	אלבז	תהל	
פרטי השוטף המוסר			
מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1117902	רסמ	אלבז	תהל

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 9 עד 37)



חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שובא
תל השומר
עיר הבראות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשובל ע"ש חיים שיבא
מסוף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

57097453 דהן נסים

בן: 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק, בני ברק 5144324
מספר קבלה: 01410118092020
תאריך ביקור: 18/09/2020 13.54

אבחנות מסכמות

• Accidental fall (E888.9)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

לא ידועה רגישות לחרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סימפטומטית

סיבה עיקרית: אחר

הערות:

היום נפל באוטובוס נחבל בפנים רגל ימין אגן בצד שמאל ויד שמאל - ללא איבוד הכרה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	נאב
14 03 18/09/2020	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

זר' סעד רביע מ.ר. 148514 18/09/2020 15:59
בן 59, ברקע סכרת, שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם נפל באוטובוס ונחבל ב'רך שמאל וקף רגל ימין, חבלת ראש בבדיקתו - נשא משקל על רגל ימין ללא רגישות עמוד שדרה לכל אורכו פרקי ירכיים חופשיים קף רגל ימין רגישות קלה במיד פוט, ללא רגישות פטישון מדיאלי ולטרלי, ללא רגישות בשוק או בשוקית אצבע 5 יד שמאל רגישות קלה, תחושה שמרה, טוחים מלאים שמור NV דיסטאלית צילום - ללא ממצא גרמי חריף משוחרר אורטופדי עם המלצות

דר' בק תמר מ.ר. 154377 18/09/2020 14:54
בן 59, ברקע סכרת, שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם. היום כשעלה לאוטובוס, בעת שהנהג האץ - איבד שווי משקל ונפל. נחבל בלחי ימין, קף רגל ימין, ואמה שמאל. ללא חבלת בית חזה, בטן או אגן. ללא אנמנזה הכרה, ללא בחילה / הקאות. מעט סחרחורת כתוצאה כמעט במיין ביטחון, מדדים תקינים, סבדיקה - מתנייד בחופשיות, רק קצת כאוב על פני קף רגל ימין. ראש ופנים ללא סימני חבלה חיצונית. כנ"ל על פני הגו או הגפיים. ללא צורך ב-CT לפי הקריטריונים המקובלים. משוחרר מבחינה כירורגית. ימשיך להערכת אורטופד.

המלצות

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

ולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020:

ב18.09.2020 היה מעורב בתאונת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיעה - ללא רגישות בביקוש ע"ש צווארי ומותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

כאבי שורש כף יד שמאל.

רגישות רדיאלי.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30

בוצע US - ללא ממצא חריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44

עדיין סובל מכאבי גב גבי.

בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

• DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)

• THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)

• RHINITIS ALLERGIC

• HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעש/ת: לא

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90

VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90

LIPANOR 100MG X 30 1X1X90

NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40

OMEPRADAX 40MG X 30 1X1X90

הערות:

דיקור

טווינה

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/מיד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:

מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

11/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2021 עד תאריך - 07/11/2021



תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



037507

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 23/06/1961



0057097453

מיקוד 5144324

כתובת: וולפסון 14, בני ברק

תמצית הביקור מתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שגרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון ותוראות מרשם	שמות החלופות
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 10 ימים.	* SPR. KETOSPRAY 25G < 1 OP > [40168]

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	01/05/2021	30/05/2021
מרפאת מכבי טבעי		
אישור מחלה		
אישור		

001674466371





מכון דימות: בני ברק כתובת: רבי עקיבא 86 בני ברק טלפון: 03-5771313

פרטי חפא מפנה:

שם: ד"ר קולטנוב דימטרי

מ.ר: 37507

תאריך הבדיקה: 07/01/2021

תאריך הפיענוח: 09/01/2021

שם הנבדק: דהן ניסים

ת.ז. הנבדק: 57097453

כתובת הנבדק: וולפסון 14 בני ברק 5144324

טלפון הנבדק: 052-2320576 טלפון נייד: 052-3312126

תשובת בדיקת דימות: 21014077

א.ס. רקמות רכות אורטופדי

*סיבת ההפניה:

לאחר חבלה.

*ממצאים:

US שורש כף יד שמאל

=====

הגידים המיישרים נצפו תקינים והמשכיים, לא נצפה נזל חריג סביבם.
הגידים המכופפים נצפו תקינים והמשכיים, לא נצפה נזל חריג סביבם.

לא נצפה נזל עודף במרווחים הפירקיים של שורש כף היד.
לא נצפה עיבוי של הסינוביה.

לא נצפו גושים.

לא נצפה גנגליון ציסט.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות השטחיות.

סיכום:

ללא ממצא סונוגרפי חריג.

מבצע/ת הבדיקה: אריאל פיטר



בברכה

ד"ר ירוחם קליינבאום

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 21079

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

ד"ר קולטונב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

אישור מחלה

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

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



460764-משלימה-דחן-נסים.pdf

Open with



תאריך: 15/07/2021

רפואה משלימה וטיפול בכאב

2-תל-אביב יפו

072-2500493 ,0

התחייבות לתשלום מס' - 460764

5:

052:

ורופתיה

15/

יה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

24

נחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה



זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.

זו תקפה לטיפול בודד בלבד.

הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה
אמצעות תעודה מזהה.

זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.

זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.

טל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את
טיפול לרבות ההשתתפות העצמית.

ול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול
ויגרע ממנו הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב

זה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

יבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 12/09/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

תאריך: 24/05/2021

לכבוד: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת: סעדיה גאון 24-תל-אביב יפו

טלפון: 072-2500493, 072-2500493

התחייבות לתשלום מס' - 441157

שם המבוטח: גסים דהן

מספר ת.ז.: 57097453

טלפון נייד: 0522320576

סוג הטיפול: טיפול טווינה

תאריך טיפול: 24/05/2021

שם המטפל: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת מלאה: בן גוריון 24

חברת "TargetCare", מתחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה

הערות:

1. התחייבות זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.
2. התחייבות זו תקפה לטיפול בודד בלבד.
3. באחריות הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה לוודא זאת באמצעות תעודה מזהה.
4. התחייבות זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.
5. התחייבות זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.
6. במידה ויבטל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את מלוא עלות הטיפול לרבות ההשתתפות העצמית.
7. ביטול טיפול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול למבוטח והוא יגרע ממנין הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב השירות.

השתתפות עצמית:

במעמד הטיפול תיגבה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

התחייבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 31/05/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

תאריך: 26/05/2021

לכבוד: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת: סעדיה גאון 24-תל-אביב יפו

טלפון: 072-2500493, 072-2500493

התחייבות לתשלום מס' - 442143

שם המבוטח: נסים דהן

מספר ת.ז.: 57097453

טלפון נייד: 0522320576

סוג הטיפול: טיפול נטורופתיה

תאריך טיפול: 26/05/2021

שם המטפל: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת מלאה: בן גוריון 24

חברת "TargetCare", מתחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה

הערות:

1. התחייבות זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.
2. התחייבות זו תקפה לטיפול בודד בלבד.
3. באחריות הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה לוודא זאת באמצעות תעודה מזהה.
4. התחייבות זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.
5. התחייבות זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.
6. במידה ויבטל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את מלוא עלות הטיפול לרבות ההשתתפות העצמית.
7. ביטול טיפול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול למבוטח והוא יגרע ממנין הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב השירות.

השתתפות עצמית:

במעמד הטיפול תיגבה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

התחייבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 31/05/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

1 מרכז רפואי ע"ש ח.שיבא
אדמיניסטרציה רפואית
תל השומר רמת גן 5265601
03-5302626 / 03-5307475
תאריך: 18/09/20
מספר מיון: 141

מיון מרכזי

חשבון עבור בקור בחדר מיון

ת"ז: 5709745-3

המטופל:

שם המטופל: דהן
כתובת: וולפסון 14 בני ברק
מיקוד: 5144324

ביקר בחדר מיון בתאריך 18/09/20 בשעה 13:54 ושוחרר בתאריך 18/09/20 בשעה 16:56
במהלך הביקור בוצעו הבדיקות הצילומים והטיפולים הבאים.

קוד	שם הבדיקה	כמות	מחיר
****	חיוב כללי עבור טיפולים במיון	1	967
099	אצבע-צלום	1	
962	בדיקה קלינית במיון	1	
סה"כ לתשלום		967	

- את החוב יש לכסות בתוך 30 יום באפשרויות המפורטות:
1. תשלום באמצעות כרטיס אשראי באתר שיבא: WWW.SHEBA.CO.IL
2. תשלום באמצעות משלוח המחאה בדואר למשרדנו בכתובת:
המרכז הרפואי ע"ש שיבא, הרשומות הרפואיות, תל השומר 5265601
3. באמצעות משלוח טופס התחייבות מקופת חולים (ט.17) לפקס 03-5302113/7447
יש לוודא הגעת הפקס בטלפון 03-5307475/2626.
או במייל: HOVOT@SHEBA.HEALTH.GOV.IL
4. לא יכובד טופס 17 אם חלפו 120 יום ממועד הביקור.
מבוטחי קופ"ח כללית או מאוחדת - בגין תאונת עבודה, יפנו למעסיק לקבלת
טופס ב.ל. 250 וישלחו אותו למרכז הרפואי.
5. חייל/ת - יש לפנות לרופא היחידה להמציא טופס אסמכתא תקציבית,
ולשלוח למרכז הרפואי.

האחריות להסדרת החוב מוטלת עליך ולא על המבטח.

בברכת החלמה מהירה
צוות המחלקה לרפואה דחופה

EOF

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
מרכז הרפואי של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א. אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

57097453 דהן נסים

בן: 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק . בני ברק 5144324
מספר קבלה: 01410118092020
תאריך ביקור: 18/09/2020 13.54

אבחנות מסכמות

- Accidental fall (E888 9)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

לא ידועה רגישות לחרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: אחר

הערות: היום נפל באוטובוס נחבל בפנים רגל ימין אגן בצד שמאל יד שמאל- ללא איבוד הכרה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	נאב
14.03.18/09/2020	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר סעד רביע מר. 148514 18/09/2020 15:59
בן 59, ברקע סכרת. שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם נפל באוטובוס ונחבל בירך שמאל וקף רגל ימין, חבלת ראש בבדיקתו - נשא משקל על רגל ימין ללא רגישות עמוד שדרה לכל אורכו פרקי ירכיים חופשיים כף רגל ימין רגישות קלה במיד פוט, ללא רגישות פטישון מדיאלי ולטרלי, ללא רגישות בשוק או בשוקית אצבע 5 יד שמאל רגישות קלה, תחושה שמורה, טוחים מלאים שמור NV דיסטאלית צילום- ללא ממצא גרמי חריץ משוחרר אורטופדיית עם המלצות

ד"ר בק תמר מר. 154377 18/09/2020 14:54
בן 59, ברקע סכרת. שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם. היום כשעלה לאוטובוס, בעת שהנהג האץ - איבד שווי משקל ונפל. נחבל בלחי ימין, כף רגל ימין, ואמה שמאל. ללא חבלת בית חזה, בטן או אגן. ללא אובדן הכרה, ללא בחילה / הקאות. מעט סחרחורת כרוגה כעת במיין נינוח, מדדים תקינים, בבדיקה - מתנייד בחופשיות, רק קצת כאוב על פני כף רגל ימין. ראש ופנים ללא סימני חבלה חיצונית, כנ"ל על פני הגו או הגפיים. ללא צורך ב-CT לפי הקריטריונים המקובלים. משוחרר מבחינה כירורגית. ימשיך להערכת אורתופד.

המלצות

מכתב שחרור

57097453 דהן ניסיון

בן 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק . בני ברק 5144324

מספר קבלה: 01410118092020

תאריך ביקור: 18/09/2020 13:54

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHIBBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
מרכז רפואי של תל אביב

מלינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי הנישולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירובי אבינח

א.א.ח.א.ית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

תאריך ושעה נשא נרשם ע"י פרטים

18/09/2020 18:51	המלצות אורטופד	ד"ר סעד רביע מ.ר. 148514	דריכה לפי סף כאב - נוגדי כאבים לפי צורך - 7 ימי חופש - ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד שבוע - עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים - רגל מורמת בשינה - תהבושות מרופדת ביום - ציון להניח קומפרס קר לסירוגין - בכל החמרה תסמינית לשוב לבידוק במעון
18/09/2020 14:56	ניתוחיה	ד"ר בק גומור מ.ר. 154377	המשך מעקב רפואי/ת המשפחה - נא לגשת עם מכתב זה ניתן ליטול נוגדי כאבים לפי הצורך במינון המקובל (אקמול / אופטליגין) המשך טיפול תרופתי קבוע ימי מחלה שבוע ימים בכל החמרה - סובי ראש עדים, הקאות חזרות, אירוע של עלפון - יש לפנות לבידוק רפואי/ה בהקדם

Saad Rabia

18/09/2020 16:52:47

חתימה:

מכתב נחתם ע"י ד"ר סעד רביע מ.ר. 148514

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדון עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה דנין	שם פרטי ניסים	שם האב יוסף	מס' זהוי 57097453	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב בני ברק	רחוב וולפסון	מס' 14	מיקוד 5144324	שנת לידה 1961
חבר (כל)	כ	מקצוע	טלפון 0523312126	שם המעביד וכתובתו
ת. פגיעה 18/09/2020	שעה 12:00	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע גב	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

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

ב-18.09.2020 היה מעורב בתאונת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.
נבדק במיון שיבא, ללא שברים.
בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומותני.
כח גס, תחושה שמורים דו צדדיע.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 45 ימים, היינו מיום: 18/09/2020 עד יום: 01/11/2020

13/10/2020

(בכ"מ)
ד"ר קולטנוב דימטרי
מס' 20527
חתימה/חותמת חתום

תאריך הבדיקה

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

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 13/10/2020

ד"ר קולטומב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0323428235



037507

קוד הפניה: 190650747

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
טלפון: 0522320576	ת.לידה: 23/06/1961	מ.י.ז: 0523312126
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	טל.עבודה/נייד: 0523312126

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-18.09.20 היה מעורב בתאונת אוטובוס, נחבל בצד שמאל. נבדק במיון שיבא, ללא שברים. בבדיקה - ללא רגישות בביקוש ע"ש צווארי ומוותני, כח גס, תחושה שמורים דו צדדיע.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADEx 40MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: צוואר - אלקטרותרפיה ומתיחות
גב תחתון - אלקטרותרפיה, תרגילי חיזוק והגמשה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/10/2020 עד תאריך - 11/04/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

13/10/2020

תאריך

חתימה וחומת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מכבי שירותי בריאות

שירות רפואי מוסמך

ד"ר קולטנוב דימטרי

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 37507

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
דהן	ניסים	יוסף	57097453	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בני ברק	וולפסון	14	5144324	1961
טלפון	טלפון			
	0522320576			
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
		0523312126		

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• WHIPLASH INJURY

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 30 ימים, היינו מיום: 01/11/2020

עד יום: 30/11/2020 (בכלל).

03/11/2020

תאריך הבדיקה

ד"ר קולטנוב דימטרי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 37507
כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק
טלפון: 03-5782928





0323428235



037507

קוד הפניה: 199966201

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: ניסים		ת.ז.: 57097453	
ת.לידה: 23/06/1961		מין: ז		טלפון: 0522320576		טל.עבודה/בית: 0523312126	
כתובת: וולפסון 14, בני ברק		מיקוד: 5144324					

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

רקמות רכות אורטופדי - 6893

שאלה למבצע הבדיקה: שורש כף יד שמאל

תלונות: בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020

ב18.09.2020 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל,

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומוותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

נאבי שורש כף יד שמאל,

רגישות רדיאלי.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46



- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעש/ת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

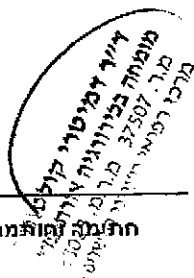
22/12/2020

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/12/2020 עד תאריך - 20/06/2021

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



חתומה/חותמת הרופא

ד"ר קולטנוב דימטרי

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 37507

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
דהן	ניסים	יוסף	57097453	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בני ברק	וולפסון	14	5144324	1961
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
0522320576	טלפון 0523312126			

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• WHIPLASH INJURY



והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 45 ימים, היינו מיום: 12/11/2020

עד יום: 26/12/2020 (בכלל).

19/01/2021

תאריך הבדיקה

12/11/2020
מס' רשיון: 37507
מומחה כירורגיה אורתופדית
ד"ר קולטנוב דימטרי
כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק
טלפון: 03-5782928

חתומה וחותמת הרופא

מ.ר. גורם מפנה



037507

ד"ר קולטונב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 203783610

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: ניסים		ת.ז.: 57097453	
ת.לידה: 23/06/1961		מין: ז		טלפון: 0522320576		טל.עבודה/נייד: 0523312126	
כתובת: וולפסון 14, בני ברק		מיקוד: 5144324					

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

תחום: אורתופדיה

סוג מוצר: מרף

שם אביזר	כמות	קוד אביזר	קוד ספק
חבק שורש כף יד עם סד--שמאל	1	96573	

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 05/03/2021

19/01/2021

תאריך

החתימה והחותמת
של המטופל או
המלווה
על-פי צילום
החתימה
של המטופל
או המלווה
במסגרת
הטיפול
הרפואי



טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555. לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוסחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 19/01/2021

מ.ר גורם מפנה



037507

קוד הפניה: 203783610

ד"ר קולטוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: ניסים	ת.ז.: 57097453
ת.לדה: 23/06/1981	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	טל. עבודה/נייד: 0523312126



0057097453

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

תחום: אורתופדיה

סוג מוצר: מדף

שם אביזר	קוד אביזר	קוד ספק
חבק שורש כף יד עם סד--שמאל	1	96573

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 05/03/2021

19/01/2021

תאריך

חתימה וחותמת

טרם רכשה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555. לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוססי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז. לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 30/05/2021

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר יחיאל יגאל

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0058508599



023717

קוד הפניה: 221134829

טלפון: 03-6201450

כתובת: צייטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ביסים		שם משפחה: דהן		 0057097453
ת.ז.: 57097453	טל. עבודה/נייד: 0523312126	מין: ז	ת. לידה: 23/06/1961	
מיקוד: 5144324		כתובת: וולפסון 14, בני ברק		

מרכז ארצי לדימות - C.T

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/05/2021 עד תאריך - 26/11/2021

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.



מכבי שירותי בריאות

תאריך: 30/05/2021

מ.ר גורם מפנה

ד"ר יכני יגאל

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0058508599



023717

קוד הפניה: 221134829

טלפון: 03-6201450

כתובת: צייטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	ת.ל.י. 57097453
ת.ל.י. 0057097453	שם פרטי: ניסים
ת.ל.י. 0057097453	טלפון: 0522320576
ת.ל.י. 0057097453	מין: ז
ת.ל.י. 0057097453	ת.ל.י. 23/06/1961
ת.ל.י. 0057097453	כתובת: וולפסון 14, בני ברק
ת.ל.י. 0057097453	מיקוד: 5144324

מרכז ארצי לדימות - C.T

שם המכון:

מעוניי הישועה-ש.ר.ב. בע"מ

תלונות:

כאבי גב תחתון מזה כחודש. הכאב מוחמר בתנועות מסוימות

ממצאים:

מצב כללי. הליכה תקינה.

לאסג שלילי.

כח גס שמור וסימטרי.

החזרי פיקה שווים, ערים במיוחד.

רגישות גקודתית פארא ורטבראלית מימין בגובה החוליות הגביות התחתונות.

אבחנה:

• BACKACHE

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעש/ת: לא

CT עמוד השדרה גבי
CT עמוד שדרה מותני וסקרלי
שאלה לרדיולוג:
מעצא גרמי? דיסקאלי? אחר?

תאריך רישום: 10/13/07/2020
תאריך רישום: 10/13/07/2020
תאריך: 30/05/2021
שם הרופא: ד"ר יכני יגאל

Creatinine (B) 1.08
eGFR 75



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
ת.לדה: 23/06/1961	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	טל.עבודה/נייד: 0523312126



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35
 ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020
 ב-18.09.20 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.
 נבדק במיון שיבא, ללא שברים.
 בבדיקה - ללא רגישות ביקוש ע"ש צווארי ומותני.
 כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

 03.11.20
 עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד
 הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46
 כאבי שורש כף יד שמאל.
 רגישות רדיאל.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30
 בוצע US - ללא ממצא הריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44
 עדיין סובל מכאבי גב גבי.
 בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעשבת: לא

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
 VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
 LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
 NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
 OMEPRADEx 40MG X 30 1X1X90

הערות:

דיקור
טווינה



023717

קוד הפניה: 232110249

טלפון: 03-9610169

פקס: 03-9610169

כתובת: ציטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



0057097453

מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: בן 60.

בספטמבר 2020 עבר ת"ד ומאז סובל מכאבי גב תחתון וגפיים תחתונות המפרעות לו ביומיום ובעיקר בעבודתו כספר הכרוכה בעמידה רבה וממושכת.
הפניה לפיזיותרפיה.

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Bi-Lateral

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)



תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וגפיים תחתונות.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/08/2021 עד תאריך - 12/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

16/08/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/05/2021

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קולטונב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
ת.לדה: 23/06/1961	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	טל.עבודה/נייד: 0523312126	מיקוד: 5144324



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2021 עד ותאריך - 07/11/2021



תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן
ת.ז.: 57097453	ת.לדה: 23/06/1961
טל.עבודה/נייד: 0523312126	מין: ז
טלפון: 0522320576	תלדה: 23/06/1961
מיקוד 5144324	כתובת: וולפסון 14, בני ברק



0057097453

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



037507

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מנוחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ביסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
טלפון: 0522320576	ת.לידה: 23/06/1961	טל.עבודה/נייד: 0523312126
מיקוד: 5144324	כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מין: ז



0057097453

אישור מחלה

הגני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא





023717

קוד הפניה: 232110249

טלפון: 03-9610169

פקס: 03-9610169

כתובת: ציטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 23/06/1961



0057097453

מיקוד: 5144324

ולפסון 14, בני ברק

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: בן 60.

בספטמבר 2020 עבר ת"ד ומאז סובל מכאבי גב תחתון וגפיים תחתונות המפרעות לו ביומיום ובעיקר בעבודתו כספר הכרוכה בעמידה רבה וממושכת.
הפניה לפיזיותרפיה.

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Bi-Lateral

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)



תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וגפיים תחתונות.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/08/2021 עד תאריך - 12/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

16/08/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



037507

קוד הפניה: 253004145

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

תלידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתיתתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020:

ב18.09.20 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

כאבי שורש כף יד שמאל.

רגישות רדיאלי.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30

בוצע US - ללא ממצא חריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44

עדיין סובל מכאבי גב גבי.

בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 19:54:10

עדיין סובל מכאבי גב תחתון עם עפות.

בוצע CT, אך אין דיסק.

ממצאים: בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 19:54:10

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

• DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)

בעיות ידועות:



037507

קוד הפניה: 253004145

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

התייעצות מומחה

- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
 VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
 LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
 NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
 OMEPRADEX 40MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לטיפולך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

11/01/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך



אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/01/2022 עד תאריך - 10/07/2022

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - הראל - אורתופדי

(עמודים 39 עד 39)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

ניסים דהן - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, ניסים דהן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

נחתמו

(עמודים 41 עד 44)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
דן	דני	57097453	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
11/001	14		

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: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____
תאריך: _____ עד לחתימה ומס' _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) _____
מס' רשיון: 62254

יפני כת _____
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

נ.ס.ס. 777

אני הח"מ, _____ מס' 57097453, מרחוב _____ ואלול 14, 1997, להיות באי כוחי במשפט של _____ ת.ז. מס' _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 14.9.2014
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי 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 פסי"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 15 לחודש _____ שנה _____

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ניסים דהן בעל ת.ז. 057097453 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: 2109 המחלה: סכרת המוסד הרפואי: _____
תאריך: 2019 המחלה: שומנים ויל"ד המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

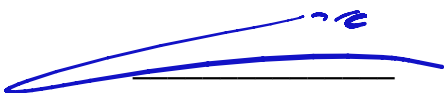
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 15.4.22 הופיע בפני מר ניסים דהן המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 057097453 ולאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק, אישר את נכונות הצהרתו.



חתימת עורך הדין