

תאריך חתימת המסמך 1.10.22

התובעת: **תמר לוז אברהם, ת"ז 058406315**
דרך הראשונים, בני עטרות

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: **כלל חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב ראול ולנברג 36, תל אביב

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלת"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 והתובעת הגישה 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 תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 27.12.1963, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 52-821-27 (להלן: "**הרכב**")
2. הנתבעת 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 טופס הודעה על תאונה, תוצאות שאילתא מאתר קרנית ומסמכי חבות, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי השתכרות.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 1.5.2018, בשעה 07:20 או בסמוך לכך, בצומת אלעל, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה והתובעת נחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים, שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה בת 5 ימים.
9. התובעת אשר סבלה מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם מכאבי ראש וסחרחורות, המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי, ביצוע בדיקות הדמיה ומנוחה.
10. בדיקת הדמיה שכוונה לעמ"ש צווארי הדגימה היצרות דיסק בגובה C6-C5 ובלטי דיסק בגבהים C3-C4, C4-C5. בדיקת EMG הדגימה סימני

רדיקלופטיה בגובה C7 מימין ורדיקלופטיה בגבהים L4-L5 מימין ו-L5 משמאל.

11. בדיקת שמיעה אליה הופנתה התובעת הדגימה ירידה בשמיעה וטנטון.
12. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמ"ש צווארי ומותני, כמו גם ירידה בשמיעה, טנטון, סחרחורות וחוסר שיווי משקל המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנתה לביצוע בדיקות אשר הדגימו הפרעה באינדקס חלוקת משקל ובדיקת BERA שבוצעה למרשתי הדגימה ליקוי שמיעה בינוני בתדרים הנמוכים בצד ימין וליקוי שמיעה קל בתדרים הנמוכים בצד שמאל. נוכח הממצאים הוחלט להפנות את התובעת לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וסטיבולרית.

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

13. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבי ראש, סחרחורות, חוסר יציבות וטנטון, מקשיי ריכוז, מכאבים עזים, קשיי הירדמות וקושי בשינה רציפה, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.
14. התובעת עובדת מועצה אזורית חבל מודיעין, עובדת בגן ובצהרון, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
18. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – 140,500 ₪
(2) עזרת הזולת בעבר – 28,000 ₪
(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – 8,000 ₪
(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – 16,000 ₪

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה 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 נזקה הלא ממוניים של התובעת.

19. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובעת בהיותה הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב במועד התאונה.

20. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

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

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 7 עד 13)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 15 עד 41)	15
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים - כלל (עמודים 43 עד 43)	43



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 13)





ישראל

משטרת

תאריך הרישום ביומן:

מספר הדישום ביומן:

שם היחידה:

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ חולך רגל ☐ נפגע ☐ דרכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

7. פרטי המודיע

פרטי המודיע						שם משפחה		שם פרטי		שם תאב		תאריך לידה		מסלול יד	
מס' זהות						0584063115		אמר		מיכאל		27/12/68		אחיתר זמנצק בן	
משקן						מיקוד		טלפון		מקום עבודה		מס' טלפון			
מושל בקי-גל כ"ו								—		קנהתי		מס' פלאפון		8-7755414	
מס' רישיון נהיגה						סוג רישיון הנתיבה		בתוקף עד		תאריך הרצאת הרישיון					
2025734						B		27/12/27		1980+81					
מס' הרכב						סוג		תוצר/דגם		שנת יצר		רישיון הרכב בתוקף מתאריך		עד התאריך	
27-821-52						קור		סיקר		203					
חברת הביטוח						מס' פוליסה		תאריך תשלום		מסות החובה בתוקף מתאריך		עד התאריך			

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:			
מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה	תאריך שחרור (לחיילים בלבד)

2. תיאור התאונה

[illegible]

3. נפגעי גוף (פצועים)

שם המפעל	מס' תעודת זהות	כתובת	פיקוד ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
ח.מ.א. - אשד	058406315	מחלף בני גורן	36.מ.	אשד - אשד

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' ד"	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
1	82/52	706	מ. ח. א.	מ. ח. א.	057-55419	נס	
2	6391372	נצח	א. ב. ג.	(מ. י. כ.) ד. ה. ו.	054-3106324	נס	375,659-16

* סמן $\times$ במקום המתאים.



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינשטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 02/02/2022
מספר סימוכין 136126

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מהקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תש"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 02/02/2022 ביחס לרכב מעורב מס' 2782152 בתאונת דרכים מיום 01/05/2018. שם הנפגע: תמר אברהם.
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך, אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות הנוגעת/עות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדלקמן:
בחברת כלל חברה לביטוח בע"מ מס' פוליסה – 864876371
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים



תאריך: 27/5/17

טופס הגשת תביעת צד שלישי לפוליסת מקיף/צד ג' לרכב או אופנוע

אנא מלא/י את כל הפרטים בטופס זה והעבר/י אותו אלינו חתום על-ידיך באמצעות פקס 03-9144503 או למייל scan@yashir.co.il או בדואר ע"י כתובתנו המופיעה ע"ג הטופס

מס' תביעה בחברתנו (במידה ובמסר לך) _____

פרטי הרכב והנהג/ת הפונה:

• **פרטי הנהג/ת -**
שם הנהג/ת: תמי אל-אברהם ת.ז. 058406315
כתובת: בני-אלי טלפון: 053-7755414 טלפון נוסף: 053-7755414

• **פרטי הרכב -**
מספר רישוי: 27-821-52 סוג הרכב: קורא תיבת הילוכים: ידנית אוטומטית
חברת ביטוח: סס מספר פוליסה: 86484637100

תוקף פוליסה: מ- 12/18 עד 31/19
שם בעלת הפוליסה: תמי אל-אברהם ת.ז. 058406315
כתובת בעלת הפוליסה: בני-אלי טלפון: _____ טלפון נוסף: 053-7755414

פרטי הרכב והמבוטח/ת בביטוח ישיר:

• **הרכב -**
מספר רישוי: 63-913-72 סוג הרכב: אויצו
מספר פוליסה: _____ על-שם: ס' ילון

• **הנהג/ת -**
שם: צ'י קר ת.ז.: _____ כתובת: רח' חזק 18 טלפון: 054-3106374
קריית יואל

פרטי האירוע:

* יש לצרף דף נפרד המפרט את תיאור האירוע ותרשים של מקום האירוע, ולציין מספר תביעה

תאריך האירוע: 15/5/18 שעה: 15:15 מקום: רח' חזק 18
תאור האירוע: אויצו של מ- 63-913-72 פגע ב- אוטו של מ- 63-913-72
שטחית המנוע אובדן
תאור הנזק לרכבך: פגיעה כחלק האחורי של הרכב
תאור הנזק לרכב מבוטח: _____
מעורבות משטרה: כן ☒ לא ☐ אם כן: תחנה _____ מס' יומן _____

• **פרטי עדים -**

שם: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ טלפון: _____
שם: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

הריני לאשר כי כל הנתונים בהודעה זו נכונים

שם הפונה: תמי אל ת.ז. 058406315 חתימה: _____



ביטוח ישיר
בגלל המחיר הנמוך ביותר
www.yashir.co.il
אין זה אלא הדרך לביטוח נכון

רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

28/5/18
25/5/18



מס' תביעה
תאריך
25/5/18

הנדון: זינוח על פרטי חשבון בנק לצורך העברה בנקאית

מקרה ביטוח מיום 1/5/18
פול' מס' 86487637100
רכב מס' 27-821-52
שם התובע א.א. אברהם

סוכן נכבד,

נא החתם את מבוטחך על ההצהרה הבאה, על מנת שנוכל להעביר ישירות לחשבוננו כל תשלום אשר נמצא כי הוא זכאי לו בגין התביעה הנדונה.

הריני להצהיר כי להלן פרטי חשבון הבנק שלי לצורך העברה בנקאית:

שם בעל החשבון					מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת)				
אברהם א.א.					0584063115				
שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק					
בנק הפועלים	רחוב ארזה	31811	688						

כתובת למשלוח הודעות בנוגע לטיפול בתביעה זו				דואר אלקטרוני	
רחוב	מס' בית	שם הישוב	מיקוד		
רחוב ארזה	5	א.א.	60991	פקס' 03-5538033	

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי ובחבות הביטוחית.

תאריך	שם מלא	חתימה
25/5/18	א.א. אברהם	

במקרה של צד ג' או חברה יש לצרף למסמך זה צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי החשבון של החברה.

יש להדגיש כי ללא מלוא הפרטים הנ"ל, לא ניתן לבצע את התשלום בהעברה בנקאית. פרטי ת.ז. או ח.פ. הינם תנאי הכרחי גם לצורך תשלום באמצעות המחאה.

נא שלחו מסמך זה לפקס' מספר 03-5663969

לשירות הלקוחות: 08-6444444
מספר נזירות לקוחות: 04-74-74-74-74
זמן שירות: 9:00-18:00
www.soteriabank.co.il





אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

292968	/	2018
כללי		ת.ד.
036803657		

מספר תיק פלא
סיווג תיק
מס' מסמך בתיק
פקס
מייל

תחנת מסובים דן			
12:07	ט"ז תמוז תשע"ח	29/06/2018	
2370	-	2968	-
		2018	-
		4	
03-5384422			
אור יהודה, דרך לוד			

פרטים כלליים

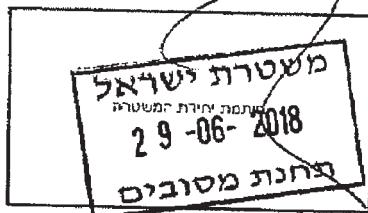
יחידה
תאריך
מס' תיק מסוף
טלפון
כתובת
נושא המסמך

פרטי האישור

תחנת מסובים דן	ביחידת המשטרה:	בשעה 12:01	29/06/2018	הריני לאשר שבתאריך
058406315	מס' ת"ז מס' תאגיד			הודיע (ה) תמר לוז אברהם

על:
תמר לוז אברהם ת.ז. 058406315 מדווחת על כך שבזמן שעמדה ברמזור באדום עם רכבה ל.ז. 2782152 הגיע רכב אחורה שמספרו 6391372 ונכנס בה. התפנתה באופן עצמאי לבית חולים

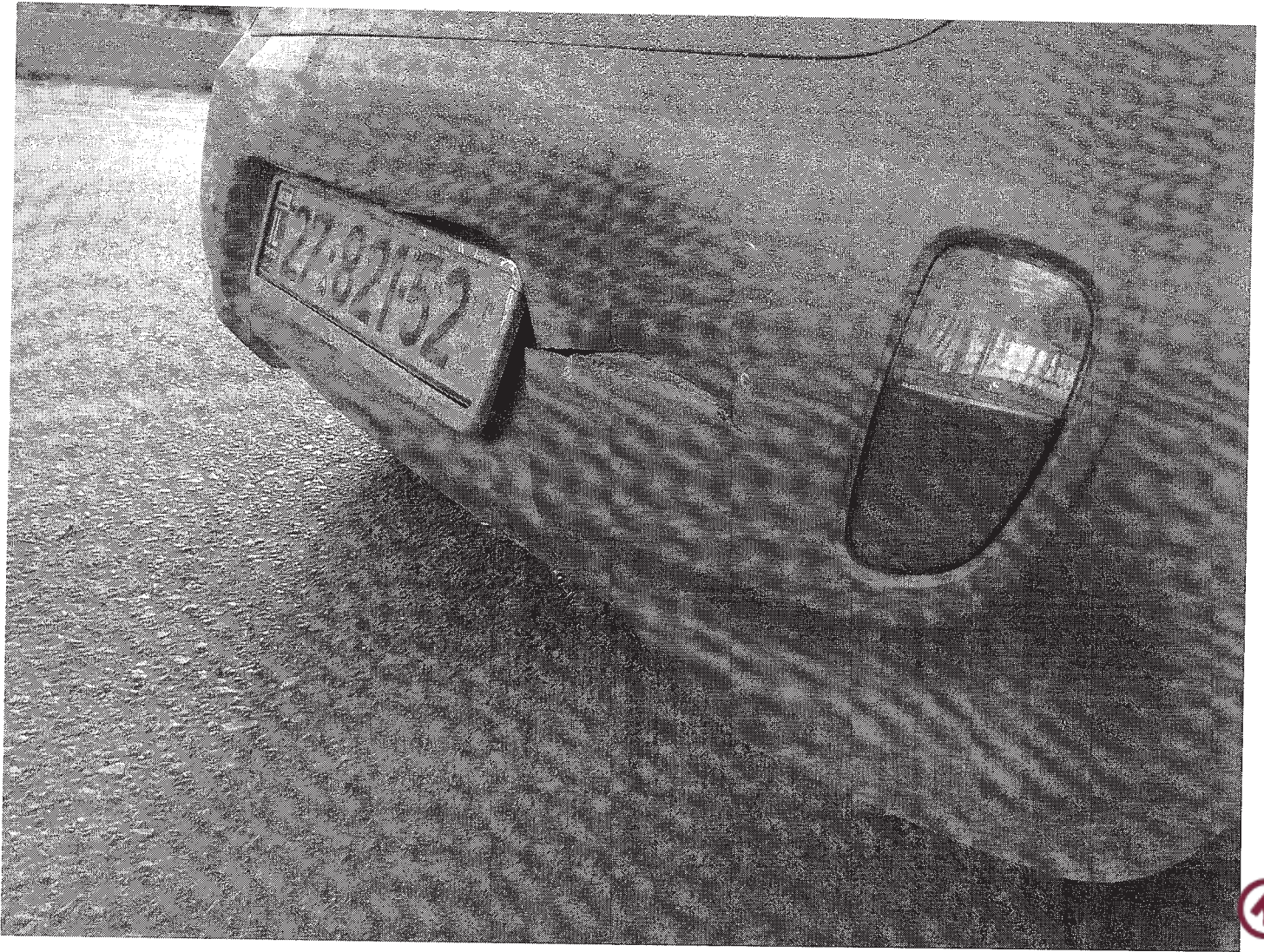
בשעה 07:20	במקום האירוע:	כל הארץ. כביש 46 עם כביש מס' 40 בכנ	בתאריך: 01/05/2018
פרטי נוסעים	תיאור הרכב:		
מספר רכב: 2782152	תוצר: קיה קוריאה	לוחית: ישראלית	
תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:			
הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.			



פרטי השוטר מפיק הדו"ח

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א
מורין	בענאי	רטר	1759380
חתימה:	בשעה 12:07	29/06/2018	הופק בתאריך:

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח





נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 15 עד 41)



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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
עיר הבדיקות של ישראל
בב. 52621



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: (בפועל) ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה גוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

58406315 לוז אברהם תמר

בת: 54

כתובת: בני עטרות בני עטרות . בני עטרות 6099100

מספר קבלה: 0116

תאריך ביקור: 01/05/2018 11:09

אבחנות מסכמות

- WHIPLASH (847.0)

בריאה בדרך כלל

ניתוחים בעבר

S/P CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC (14/10/2014)
S/P 08/09/2015) (ללא פעולות/ניתוחים
S/P 22/01/2016) (ללא פעולות/ניתוחים
S/P 14/05/2016) (ללא פעולות/ניתוחים
S/P CONIZATION OF CERVIX; LOOP 575200 (21/03/2018)
S/P DILATION AND CURETTAGE, FRACTIONAL 8040 (21/03/2018)
S/P CESAREAN DELIVERY NOS
S/P ABDOMINOPLASTY

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

ATORVASTATIN P.O

5 mg 1 X 1 ביום

בערב

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 54 הבקר רכב פגע ברכב בו נסעה
מתלוננת על כאב בגב ובצוואר

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם
11.27 01/05/2018	3	37.2	74	137 / 87

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר סימון איתן מ.ר. 121982 13:35 01/05/2018

בת 54 - מעורבת בתאונת דרכים - רכב אחר נכנס מאחור הבוקר כאבים בצוואר וגב תחתון. בבדיקה - מניעה צוואר לכל הכיוונים.
ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי. בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי ASIA L2-S1, C5-T1 ללא רגישות
במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.

מכתב שחרור.

58406315 לז אברהם תמר

בת: 54

כתובת: בני עטרות בני עטרות . בני עטרות 6099100

מספר קבלה: 0116

תאריך ביקור: 01/05/2018 11:09

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

המרכז הרפואי
ע"ש חיים שיבא
תל השומר
שכר הדסה תל השומר



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: (בפועל) ד"ר עיריני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המלצות

תאריך	שעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
01/05/2018	13:35		ד"ר סיסמן איתן מ.ר. 121982	נוגדי כאבים לפי צורך, 5 ימים מנוחה/חופש ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד שבוע, עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה במיון Ethan Sissman 01/05/2018 13:37:53

חתימה:

מכתב נחתם ע"י: ד"ר סיסמן איתן מ.ר. 121982

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

על פי הנחיות משרד הבריאות בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקהילה.
במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכון בשיבא אגב קבע תור בטלפון 03-5305000
במידה והודרכת לברר תשובת תרבות, אגב צור קשר בטלפון 03-5302210 3 ימים לאחר מועד ביקור.
במידה ועברת בדיקת CT במהלך ביקורך במלר"ד, יש לברר תשובה סופית של הבדיקה יממה לאחר שחרורך בטלפון
03-5302656, כמו כן ניתן לפנות בפקס: 03-5302920. ניתן להזמין העתק של הבדיקה בדיסק, במכון הדימות זמני
הקבלה: בימים א-ה בין השעות: 8:00-14:30. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז. עלות
העתק 52 ₪.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת החולים.
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הסופס עבור בטוח לאומי.

מלית 100 שנה
הכי טובה למטפחה

Handwritten notes and signatures:
מספר רשיון 30591
צבי ישי 19 יהוד
03-5395300
03-5395301
מחוז דן פ"ת

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: יהוד

תאריך 04/05/2018

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		לוח אברהם תמר	
00-05840631-5	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי	
54.04	גיל	שם מושפחה ושם פרטי	
27/12/1963	ת.לידה	בני עטרות	
מיכאל	שם האב	ישוב	
3	טלפון	דרך הראשונים	
9721876	טלפון	רחוב	
53	טלפון נוסף	מס בית	

35204276297

מספר הפניה:

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204276297

תז נבדק



58406315

מספר רשיון



024271

לכבוד: אורתופד לפי המלצה ממיון ביקורת בהקדם לאחר תאונת דרכים

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	70017	משה"ב	70017
70017		בדיקת רופא אורתופד	L9249

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לאחר ביקור במיון ב-01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאל, הומלץ נגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע

סימנים חיוניים: גובה 156 24/11/2017 משקל 79 24/11/2017 bmi 32.46

לחץ דם 120 / 70 24/11/2017

דופק 76 24/11/2017 סדיר

07/02/2018 מתאריך 103.02 eGFR

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב. רגישות פראורטבראלית ע"ש צוואר, מותני ללא חסר נוירולוגי

2 ה.ה.ו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

04/05/2018 הודפס ע"י ד"ר לובב לוינטון 00-05840631-5

הפניה לרפואה יועצת

לוח אברהם תמר

אבחנה משוערת	איפיון	קוד
CERVICALGIA	אבחנה	7231
BACKACHE		7245
WHIPLASH INJURY		8470

בעיות פעילות	מ. גילוי	איפיון	בעיה
HYPERCHOLESTEROLEMIA	01/01/1988		
SPONDYLOSIS LUMBAR	01/02/1999		
FATTY LIVER	01/03/2000		
INCONTINENCE STRESS FEMALE	30/05/2008		
NEPHROLITHIASIS	13/10/2015	ז	
TRIGEMINAL NEURALGIA	11/01/2016	ז	

בעיות בעבר	מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE	01/01/1984	01/01/1984	X2	
CHOLELITHIASIS	01/08/2014	14/10/2014		
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY	14/10/2014	14/10/2014		

רגישויות	רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ו/או תופעות לוואי	SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
	PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש	רופא
	LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

תרופות קבועות	כמות	א. הגשה	פ. עמים	ב. ביום	תחופות
STATOR 5 MG TAB 5MG	1	1 טבליות			

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך
ד"ר לובוב לוינטון
 שם הרופא
30591
 מספר רשיון

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

2 ה.ה.ו

27.2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

לז אברהם תמר

04/05/2018

הודפס ע"י ד"ר לובוב לוינטון

00-05840631-5

03/06/2018 תאריך

הפניה לדימות

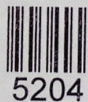
פרטי המטופל					לוז אברהם תמר	
00-05840631-5	54.05	נ	27/12/1963	מיכאל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	בני עטרות	דרך הראשונים
				טלפון נוסף	רחוב	מס בית
				53 - 7755414	0	9721876 - 3
				טלפון נוסף	מס בית	טלפון

01/05/2018 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35204278723

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204278723

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

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

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

לכבוד: מכון הדמיה -

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	10306020	10306020

החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018
לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו
נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאלי
הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
07/05/2018
6.5.18 צילומי עו"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 עו"ש מתני תקין.
01/06/2018
03/06/2018
תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.
כאבי צוואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 3 4 5. סחרור.

סימנים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 03/06/2018 משקל 83 נמדד ב: 03/06/2018 BMI 34.11

3 ה.ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/06/2018

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר

הפניה לדימות

לוז אברהם תמר

07/02/2018 מתאריך 103.02 eGFR

ממצאים עיקריים
 ממצאים מתאריך 01/06/2018
 ממצאים מתאריך 07/05/2018
 ממצאים מתאריך 04/05/2018
 במצב כללי טוב.
 רגישות פראורטברלית ע"ש צווארי, מותני
 ללא חסר ניורולוגי
 07/05/2018
 01/06/2018
 03/06/2018
 במצב כללי טוב רגישות צווארית ופראורטברלית יותר משמאל תנועות כתף
 שמאל מוגבלות בסופן כח גס תקין.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7245		BACKACHE
8470		WHIPLASH INJURY
A80	road	ACCIDENT/INJURY; NOS
7210		SPONDYLOSIS CERVICAL

דיון/תוכנית טיפולית
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/06/2018
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/05/2018
 ההפניות שהופקו ב 04/05/2018
 הפניה לדימות, הפניה לרפואה יועצת
 07/05/2018
 01/06/2018
 03/06/2018
 CT עו"ש צווארי. מעדיפה MRI צוואר. PT.



בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL

רגישויות

או/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

3 ה.ה.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/06/2018

הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר

הפניה לדימות
 לוז אברהם תמר

תאריך: 03/06/2018

הפניה לדימות

פרטי המטופל		לוז אברהם תמר	
שם משפחה ושם פרטי	00-05840631-5	נ	54.05
מס זהות	גיל	ת. לידה	מיכאל
שם האב	מס בית	טלפון	שם האב
0	9721876 - 3	53 - 7755414	טלפון נוסף
דרך הראשונים	בני עטרות	רחוב	ישוב

תאריך תאונה: 01/05/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35204278723

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204278723

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

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

לכבוד: מכון הדמיה -

ירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	1030602C

לה מתלונן על
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018
לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו
נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאלי
הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
07/05/2018
6.5.18 צילומי עו"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 עו"ש מתני תקין.
01/06/2018
03/06/2018
תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.
כאבי צואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 3 4 5. סחרור.

ימים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 03/06/2018 משקל 83 נמדד ב: 03/06/2018 BMI 34.11

ס.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/06/2018 00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר קליין סמדר

פניה לדימות

ז אברהם תמר

תאריך 03/06/2018

הפניה לדימויות

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	לוח אברהם תמר	00-05840631-5	54.05	נ	27/12/1963	מיכאל
שם מזהות	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
בני עטרות	דרך הראשונים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	
ישוב	רחוב	0	9721876	3	7755414	53

תאריך תאונה 01/05/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35204278723

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204278723

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימויות 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 והדימויות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון הדמיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78550	72141	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי	10306020

החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/06/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/05/2018
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/05/2018
לאחר ביקור במיון ב 01.05.18 אחרי תאונת דרכים, רכב פגע ברחב בו
נוסעה, מאז כאב צוואר, גב, רגל שמאל
הומלץ נוגדי כאבים לפי צורך, חופש מחלה 5 ימים
ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
07/05/2018
6.5.18 צילומי ע"ש צוארי ומתני עם הצרות דיסקוס בין C5-6 ע"ש מתני תקין.
01/06/2018
03/06/2018
תאונת דרכים בדרך לעבודה ב 1.5.18 עמדה ברמזור ורכב פגע בה מאחור.
כאבי צוואר, נימול כף יד שמאל אצבעות 3 4 5. סחרור.

סימנים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 03/06/2018 משקל 83 נמדד ב: 03/06/2018 BMI 34.11

ס.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימויות

לוח אברהם תמר

00-05840631-5 הדפס ע"י ד"ר קליין סמדר

03/06/2018

הסכם מיוחד 0 מתג אינטרנט: כ
סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

15:49:00 07/08/2018

רישום ביקורים

גיל המטופל: 54.07

תאריך ביקור: 07/08/2018

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: סובלת מכאבי גב מתאריך 1.5.2018 אז היתה מעורבת בת"ד לדבריה הבוקר לא הרגישה רגל שמאלית, כעת התחושה מלאה וחשה ברגל כעת חשה ברגל, ללא אובדן שליטה על סוגרים
ביצעה MRI צוואר 27.6.2018
פענוח מעייני הישועה - C34 C45 בלט דיסק אחורי זעיר
C56 שינויים דיסקוגניים אחרונים ניכרים משמאל, אימפרסיה ספינלית זעירה ללא סמני מילופטיה, ללא שינויים ניוניים ניכרים מפרקים פצטריים ללא היצרות פורמינלית משמעותית ד"ר זלצר

בדיקה גופנית: הליכה בתבנית תקינה
צוואר לרמיטה שלילי טווח שמור
ידיים כוח גס שמור תחושה שמורה החזרים שווים הופמן שלילי
כאבי גב תחתון, רגישות פראורטברלית
רגליים כוח גס שמור תחושה שמורה אין הפרעות תחושה כעת,
SLR שלילי אין רגישות פרקי ירכיים FABER שלילי בבינסקי שלילי החזרים שווים

ממצאים ותכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: יש להשלים CT עם"ש מתני להערכת בלט דיסק מתני
EMG NCS גפיים להערכת הפרעות תחושה לסירוגין
מעקב מרפאת עם"ש

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לדימות	78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו	H3		הודפס	
הפניה לרפואה יועצת	56016-אלקטרומיוגרפיה EMG	H1		הודפס	

מבנה סיכומי יועץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משיך המטופל		רגילה

פרטי-עדכון



סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: לוח אברהם, תמר, 058406315 ת.ז.
 כתובת: בני עטרות, דרך הראשונים 0000 טלפון: 053 - 7755414
 תאריך בדיקה: 16/09/2018 גורם מפנה: פרטי
 בדיקה קודמת: לא שם מדפיסה: הדס
 גיל: 54/9 מין: נ
 רופא מפנה/מטפל: לא ידוע
 053 - 7755414

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.7	3.5	29.0	54.0	26.0	24.0			6.9	8.0	5.2	3.6	מדיאנוס Median
							58.0		8.2			באזיז המרפק
3.0	3.1	40.0	51.0	24.0	22.0			11.7	6.4	3.0	3.4	אולנאריס Ulnaris
						61.0	61.0	9.6	10.3			מתחת למרפק
						56.0	56.0	9.8	9.3			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקינות	תקינות	מלא	מלא	אין	אין	Biceps	C5-C6
תקינות	גדולות פוליפוזיות	מלא	ירוד	אין	אין	EDC	C7

סיכום: CTS בינוני משמאל.

בבדיקת EMG סימני רדיקולופטיה כרונית C7 מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא/ה:

ד"ר ויצמן נינה

מומחית בנורולוגיה

מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דו"ח זה נכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
 יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

סניף ראשי - ד'בוסניסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il



Emg_ALL.dot



סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומויגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: לוז אברהם, תמר, כתובת: בני עטרות, דרך הראשונים 0000, תאריך בדיקה: 16/09/2018
 גיל: 54/9, טלפון: 053 - 7755414, גורם מפנה: דן-פתח תקוה
 מין: נ, רופא מפנה/מטפל: נחמיאס נמרוד, שם מדפיסה: הדס

בדיקה קודמת: לא

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
2.8	2.5	14.0	10.0	50.0	52.0			4.3	4.1	4.7	4.5	SURAL
						49.0	45.0	4.0	3.7			פרונטלי משותף Common Peroneal
				54.0	48.0			4.2	7.7	3.9	3.5	מתחת לברך טיביאליס Tibial n.

בדיקת שרירים

צורת ביטוי נציגאים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
גדולות פוליפזיות	גדולות פוליפזיות	ירוד	ירוד	אין	אין	Tibialis Anticus	L4-S1
תקינות	גדולות פוליפזיות	מלא	ירוד	אין	אין	Vastus Internus	L2-L4
תקינות	תקינות	מלא	מלא	אין	אין	Gastrocnemius	L5-S1

סיכום: NCS תקין.
 בבדיקת EMG סימני רדיקולופטיה כרונית L4 5L מימין, 5L משמאל.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא/ה:

ד"ר ויצמן נינה
 מומחית בנוירולוגיה
 מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
 יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1



תאריך 20/12/2019

שם הרופא
תחום
מספר רישיון
כתובת
טלפון

ד"ר סמדר יטה קליין
רפואת משפחה
23432
צבי ישי, 19
03-5395300
מרפאה: יהוד
מחוז:

סיכום מידע רפואי

מיועד ל - כל המעוניין

						<u>פרטי המטפל</u>	
						<u>לזו אברהם תמר</u>	
						<u>שם משפחה ושם פרטי</u>	
						<u>דרך הראשונים</u>	<u>בני עטרות</u>
						<u>רחוב</u>	<u>ישוב</u>
						<u>מס בית</u>	
						<u>טלפון</u>	<u>טלפון</u>
						<u>53 -7755414</u>	<u>53 -7755414</u>
						<u>מס זהות</u>	<u>מס זיהוי</u>
						<u>גיל</u>	<u>ת.לידה</u>
						<u>נ</u>	<u>מיכאל</u>
						<u>56.00</u>	<u>27/12/1963</u>
						<u>שם האב</u>	<u>שם האב</u>
						<u>53</u>	<u>53</u>
						<u>טלפון מסרף</u>	<u>טלפון מסרף</u>

34.11	bmi	מעולם לא	מעטן	140	80	לחץ דם	156	גובה	83	משקל	על סמך הרשום בתיק	נרשם
-------	-----	----------	------	-----	----	--------	-----	------	----	------	-------------------	------

אבחנה -מצב בריאותי

בעיות פעילות

ת. גילוי	א.פ.י.ן	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1991	00/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	00/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות ואו
תופעות לואי

חומרה	נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
	ד"ר קליי	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg
	רופא	כאבי ראש	PRAVALIP 40MG TAB 40MG
	רופא	אחר: כאבי רגליים	LIPITOR 10MG TAB 10MG

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

2 n 1 9T

20/12/2019

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

סיכום מידע רפואי

לזד אברהם תמר

17 תא תשס"ז - ירושלים

כלית כס שנה
הכי טובה למשפחה

אביאל

שם המרפאה

בנימין

שם המחוז / בי"ח

בדיקת שמיעה

שם פרטי	גיל	מספר השנה
מיקוד	מספר סלקין	



0005840631-5
7/12/63
3/01/19
5204
2019-057386

הופנה/הופנה על

פרטי המסופק/ת

שם משפחה

שם פרטי

פדיל שושני

קלינאית תקשורת

מ.ר. 105742

מ.ר. רבין - בנייה בלינסון

23.1.19

תאריך

אמינות הבדיקה:

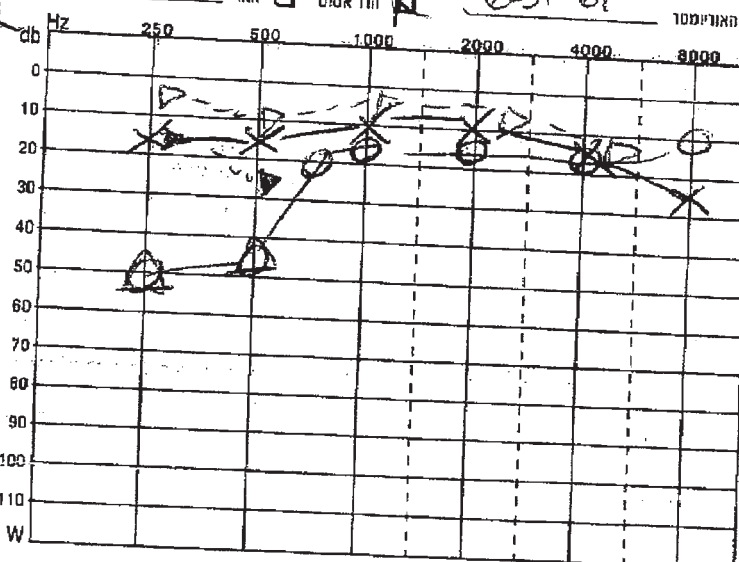
סובה

ניכנית

בספק

סימון

הבדיקה	אוזן שמאל כחול	אוזן ימין אדום
העברת אוויר	x-x	o-o
העברת אוויר הא: הנקיטת מוסדות	□-□	△-△
לא נשמע	↓	↓
העברת עצם	◁-▷	▷-▷
העברת עצם הא: הנקיטת מוסדות	◁-▷	▷-▷
Weber	→	←
Free Field	FF	FF
Stenger	St	St



SPEECH AUDIOMETRY

	Rt.	+Mask	Lt.	+Mask	F.F.
S.R.T	15		10		
Disc%	100%		100%		
dB	50+50		45		
Toler.					
SRT BC					

TYMPANOMETRY

	Static Comp.	Peak Pressur.	Type
Right			
Left			

מבחן שומע
מבחן שומע
מבחן שומע

מבחן שומע
מבחן שומע
מבחן שומע

התייחסו וחוזמרת

שם המודק

תאריך

תפוצה: מקור - למרס המפנה / העתק - נשאר במקו

הסכם מיוחד 0 סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0
מתג אינטרנט: כ

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

15:26:06 16/10/2018

רישום ביקורים

גיל המטופל: 54.10

תאריך ביקור: 16/10/2018

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: רעשים באוזניים
ירידה בשמיעה

בדיקה גופנית: תופיות תקינות

קוד	איפיון	אבחנה
3883		TINNITUS
Z9547		HEARING EXAMINATION NOT OTHERWISE SPECIFIED

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור	75007-בדיקת שמיעה מקיפה	H119		הודפס	

פרטי עדכון

רופא מעדכן: ד"ר ברניסלב פופוביץ'
מס רשיון: 27575

תאריך עדכון: 16/10/2018
שם מרפאה: מרפאת יהוד
קוד מרפאה: 5204
קוד מחוז: 04

לשימוש פנימי

062/01/062/01/01

17:33:36 02/04/2019

רישום ביקורים

ביקור ללא כרטיס

גיל המטופל: 55.03

תאריך ביקור: 02/04/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מבנה סיכומי יועץ

סיווג חשיבות	סטטוס	סוג סיכום
רגילה	הודפס ונשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	סיכום ביקור

לא הוגדרה שליחת סיכום אוטומטית

פרטי עדכון

רופא מעדכן: ד"ר ברניסלב פופוביץ'
מס רשיון: 27575

תאריך עדכון: 30/06/2020
שם מרפאה: מרפאת יהוד
קוד מרפאה: 5204
קוד מחוז: 04

לשימוש פנימי

062/01/062/01/01



08/04/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
לז אברהם תמר	00-05840631-5	57.03	נ	27/12/1963	מיכאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בני עטרות	דרך הראשונים	13	53	7755414	53
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35204357879

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204357879

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

לכבוד: מכון פיזיותרפיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

מספר שנים סחרור ואטימות באוזן ימין עם תחושת אי יציבות.
25.11.20 פוסטוגרפיה - יציבות כללית מופרעת לסירוגין. תפקוד לקוי של מערכת ווסטיבולרית. במידה פחותה משמעותית גם תפקוד לקוי של מערכת סומטוסנסורית ומערכת מרכזית. אינדקס חלוקת משקל גוף מופרע קלות. קומפנסציה תקינה.
10.11.20 - בדיקת שמיעה ו BERA - ימין ליקוי שמיעה בינוני בתדרים נמוכים שמאל ליקוי שמיעה קל בתדרים נמוכים הולכתי ברה אוזן שמאל תקינה אוזן ימין גל! מוארך.

סימנים חיוניים: גובה 156 29/11/2020 משקל 85.3 29/11/2020 bmi 35.05

לחץ דם 80 140 03/04/2019

דופק 76 03/04/2019 סדיר

18/11/2020 מתאריך 101.03 eGFR

בעיות פעילות

ס.ה.ר 7

הפניה למכון פיזיותרפיה
לז אברהם תמר
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין
דף 1 מ 2

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS
01/01/2005		OBESITY
18/11/2020		HYPOTHYROIDISM ACQUIRED
13/11/2020	rt	CYST OVARY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1991	01/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	01/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ELTROXIN 50MCG TAB 50MCG
ביום	1	טבליות	1	STATOR 5 MG TAB 5MG

ממצאים קליניים ללא חסר נוירולוגי רומברג שלילי אצבע אף עקב בצד אגודל דיאדוקוקינזיס תקין.

שם הרופא	ד"ר סמדר יטה קליין	23432	חתימה וחותמת הרופא
מספר רשיון			

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

7 ה.ר.

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

לז אברהם תמר

08/04/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
לוז אברהם תמר	00-05840631-5	57.03	נ	27/12/1963	מיכאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בני עטרות	דרך הראשונים	13	53	7755414	53 -7755414
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35204357879

גורם שולח



5204

מספר הפניה



035204357879

תז נבדק



58406315

רשיון רופא



023432

לכבוד: מכון פיזיותרפיה -

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

מספר שנים סחרור ואטימות באוזן ימין עם תחושת אי יציבות.
25.11.20 פוסטוגרפיה - יציבות כללית מופרעת לסירוגין. תפקוד לקוי של מערכת ווסטיבולרית. במידה פחותה משמעותית גם תפקוד לקוי של מערכת סומטו-סנסורית ומערכת מרכזית. אינדקס חלוקת משקל גוף מופרע קלות. קומפנסציה תקינה.
10.11.20 - בדיקת שמיעה BERA - ימין ליקוי שמיעה בינוני בתדרים נמוכים שמאל ליקוי שמיעה קל בתדרים נמוכים הולכתי ברה אוזן שמאל תקינה אוזן ימין גל | מוארך.

סימנים חיוניים: גובה 156 29/11/2020 משקל 85.3 29/11/2020 bmi 35.05

לחץ דם 80 140 03/04/2019

דופק 76 03/04/2019 סדיר

18/11/2020 מתאריך 101.03 eGFR

בעיות פעילות

ה.ר. 7

הפניה למכון פיזיותרפיה
לוז אברהם תמר
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/1999		SPONDYLOSIS LUMBAR
01/03/2000		FATTY LIVER
30/05/2008		INCONTINENCE STRESS FEMALE
13/10/2015	rt	NEPHROLITHIASIS
11/01/2016	lt	TRIGEMINAL NEURALGIA
06/05/2018		SPONDYLOSIS CERVICAL
19/06/2018	C5-6	DISC LESIONS
16/09/2018	lt moderate	CARPAL TUNNEL SYNDROME
14/05/2019	rt external	CAROTID ARTERY STENOSIS
01/01/2005		OBESITY
18/11/2020		HYPOTHYROIDISM ACQUIRED
13/11/2020	rt	CYST OVARY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1991	01/01/1984	X2	CESAREAN SECTION OF UNSPECIFIED TYPE
14/10/2014	01/08/2014		CHOLELITHIASIS
14/10/2014	14/10/2014		LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN-20MG TEVA TAB 20mg	אחר: עקצוץ בלשון והרגשה כללית	ד"ר קליי
PRAVALIP 40MG TAB 40MG	כאבי ראש;	רופא
LIPITOR 10MG TAB 10MG	אחר: כאבי רגליים	רופא

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ELTROXIN 50MCG TAB 50MCG
ביום	1	טבליות	1	STATOR 5 MG TAB 5MG

ממצאים קליניים ללא חסר נוירולוגי רומברג שלילי אצבע אף עקב בצד אגודל דיאדוקוקינזיס תקין.

ד"ר סמדר יטה קליין
שם הרופא
23432
מספר רשיון
חתימה וחזותמת הרופא

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

7 ה.ה.ר

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

00-05840631-5 הודפס ע"י ד"ר סמדר יטה קליין

לוח אברהם תמר

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

08:33:28 30/05/2021

סדרה

!

תאריך פתיחת הסידרה: 30/05/2021

מספר זיהוי הפניה: 35204357879

פרטי ההפניה

מס' הפניה: 210498873

תאריך הפניה: 08/04/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

רופא מפנה: ד"ר סמדר יטה קליין

מרפאה: מרפאת יהוד

מקצוע רפואי: רופא כללי

מס' רשיון: 23432

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			VERTIGO/DIZZINESS (EXCL.H82)



סוג הפניה: אבחנה חדשה

דחוף: לא

מצב מטופל: 2-כרוני

מטפל ראשי: יעל ארבל

מצב הפניה: ממתין

קוד: 000395

פרטי העידכון

עדכון אחרון: 30/05/2021 שם מעדכן הגיליון: כלנית מזרחי

תאריך פתיחת הגיליון: 30/05/2021 שם פותח הגיליון: כלנית מזרחי

שם מכון מכון פיזיותרפיה קרית אונ

!

תאריך פתיחת הסידרה: 06/06/2021

מספר זיהוי הפניה: 35204357879

פרטי ההפניה

מס' הפניה: 210498976

תאריך הפניה: 08/04/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

רופא מפנה: ד"ר סמדר יטה קליין

מרפאה: מרפאת יהוד

מקצוע רפואי: רופא כללי

מס' רשיון: 23432

אבחנה בהפניה:

אבחנה	איפיון	קוד	צד
VERTIGO/DIZZINESS (EXCL H82)			

סוג הפניה: אבחנה חדשה



דחוף: לא

מצב מטופל: 2-כרוני

מטפל ראשי: יעל ארבל

מצב הפניה: סיום טיפול

תחום טיפול: סחרחורת

קוד: 000395

תשאול

תלונה עיקרית:

סובלת מירידה בשיווי משקל שהחלה לפני כשנתיים וחצי בעקבות ת.ד.
עמדה ברמזור ונכנסו בה מאחורה.
הופיעו כאבי צוואר וסחרחורת מיידית, טופלה באותה תקופה והייתה הטבה.
מרגישה חוסר שיווי משקל בהליכה.
לא סובלת מנפילות כי נזהרת.
הייתה רוקדת ורוכבת וכעת לא יכולה כלל
PHX - הייתה בפיזיו' לצוואר ללא שינוי, גם לפני התאונה הייתה סובלת מסחרחורת אך
בעוצמה פחות חזקה ולא הפריע בתפקוד היומי.
לפני כ 3 שנים הייתה סחרחורת חזקה למשך כשבוע שחלף ספונטני בהדרגה.
לפני כן ככל הנראה היו עוד התקפים אך לא מצליחה להיזכר מתי.

CHX - כעת הופנתה לטיפול בסחרחורת על ידי רופאת המשפחה.
 סובלת מסחרחורות בהתקפים, התקף אחרון לפני כשנה - בסיבובים במיטה
 מרגישה אי שקט כשמסתובבת במיטה
 לחזור לתפקוד קודם ולחזור לרקוד

ציפיות הלקוח:

כאבים

הערות	איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
	לא רלוונטי			

דרוג: 0 - לא כאב, 10 - כאב חריף מאוד

מחמיר: לא צפוי, כשהרימה את הנכדה בגן שעשועים הופיע, הליכה במשטח עם שיפוע והבדלי גבהיים

מקל: ---

24 שעות: ---

עיסוק ותחביבים: סייעת בגן ילדים

פעילות גופנית: לא

פעמים בשבוע	משך הפעילות בדקות	אירובי אנאירובי	פעילות גופנית

תאריך עדכון אחרון: 06/06/2021
 קוד מרפאה: 043203

שם המעדכן: יעל ארבל
 שם מרפאה: מכון פיזיותרפיה קרית אונ
 קוד מחוז: 04



תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
מרכז	7804	DIZZINESS

אומדן (סיכום אבחון): הסתכלות:

ללא ניד במנוחה
 בדיקה אוקולומטרית:
 Smooth Pursuit - תקין
 Saccades - תקין
 Vergence - תקין
 Optokinetic Reflex - תקין
 HIT - חיובי צד ימין
 Head shake nystagmus - תקין
 בדיקה תנוחתית:
 Dix Hallpike test - שלילי
 Supine Roll test - שלילי
 עמידת טנדם - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות
 DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד
 קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל
 הדרכה:

תרגול תנועות ראש ומיקוד מבט בעמידה טנדם (בתרגול אחרי 4 תנועות)

מטרות הטיפול:

מטרות הטיפול	השגת המטרה	תאריך
מטופלת תחזור לרקוד פעם בשבוע 30 דק'		06/06/2021

תוכנית טיפול:

טיפול	תאריך
שיקום ווסטיבולרי	06/06/2021

המטופל קיבל הסבר לגבי מהות הטיפול (תכנית טיפול, אמצעי טיפול, תופעות לוואי):

סגירת סדרה

סגירת סידרה: כן תאריך: 30/09/2021

סיבת הפסקת טיפול: 98-אוטומטי אחרי 3 חודשים אי הופעה

פרטי העידכון

עדכון אחרון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל
תאריך פתיחת הגיליון: 06/06/2021 שם פותח הגיליון: כלנית מזרחי

שם מכון מכון פיזיותרפיה קרית אונו



12:09:46 06/06/2021

רישום ביקורים

מס' הפניה: 210498976 !

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
מרכז	7804	DIZZINESS

תאריך ביקור: 06/06/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 1

מס ביקור: 210355829

תחום טיפול: סחרחורת

משמרת: 1-רגילה

קוד: 000395

מטפל: יעל ארבל

שקלול ביקור: 5 מורכב מאד מאושר

ת. אישור ביקור מורכב: 13/06/2021 שם מאשר ביקור מורכב: אסתר פנסו זבלודובסקי

תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80088	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
	80309	הדרכה לתרגול בבית
	80070	תרגול כללי
	80091	הדרכה ויזואלית (לאורח חיים בריא)
	80130	שיקום ווסטיבולרי

הערות: הסתכלות:

ללא ניד במנוחה

בדיקה אוקולומטרית:

Smooth Pursuit - תקין

Saccades - תקין

Vergence - תקין

Optokinetic Reflex - תקין

HIT - חיובי צד ימין

Head sheak nystagos - תקין

בדיקה תנוחתית:

Dix Hallpike test - שלילי

Supine Roll test - שלילי

עמידת טנדם - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות

DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד

קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל

הדרכה:

תרגול תנועות ראש ומיקוד מבט בעמידה טנדם (בתרגול אחרי 4 תנועות)

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
06/06/2021		מטופלת תחזור לרקוד פעם בשבוע 30 דק'

פרטי העידכון

ת.עידכון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קרית אונו

לשימוש פנימי

מס' הפניה: 210498976

תאריך ביצוע: 06/06/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: סחרחורת

תרגום נתוני צלמית: סחרחורת ב- פנים צד שמאל-חזית

פרוט: הסתכלות:

ללא ניד במנוחה

בדיקה אוקולומטרית:

Smooth Pursuit - תקין

Saccades - תקין

Vergence - תקין

Optokinetic Reflex - תקין

HIT - חיובי צד ימין

Head sheak nystagos - תקין

בדיקה תנוחתית:

Dix Hallpike test - שלילי

Supine Roll test - שלילי

עמידת טנדם - עיניים עצומות - מצליחה 20 שניות

DGI - יציאה מהליכה ישירה בתנועות ראש מצד לצד

קושי בסיבוב - איבוד שיווי משקל



פרטי העידכון

ת.עידכון: 06/06/2021 שם מעדכן הגיליון: יעל ארבל

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קרית אונו

09:35:00 13/06/2021

גליון תאונות

002

תאריך תאונה 01/05/2018 סוג תאונה: תאונת עבודה

גורם מעדכן תאונה 001-000
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה 0
בארץ/בחול

מצב תיק: פתוח

000

09:35:02 13/06/2021

גליון תאונות

001

תאריך תאונה 01/05/2018 סוג תאונה: תאונת דרכים

גורם מעדכן תאונה 001-000 0

09:35:02 13/06/2021

דף 8

גליון תאונות
לוז אברהם תמר; ת.ז.: 00-05840631-5

000

0

שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול
אישור משטרה
מצב תיק:כ
פתוח

000

09:35:04 13/06/2021

גליון תאונות

001

08/08/2008 סוג תאונה: תאונת דרכים

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול
אישור משטרה
מצב תיק:

0

כ
פתוח

000

09:35:06 13/06/2021

גליון תאונות

002

04/06/2004 סוג תאונה: תאונת עבודה

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול

0

פתוח

מצב תיק:

000

09:35:08 13/06/2021

גליון תאונות

001

04/11/2002 סוג תאונה: תאונת דרכים

תאריך תאונה

0
000

001-000

גורם מעדכן תאונה
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה
בארץ/בחול

0

פתוח

מצב תיק:

000



001

תאריך תאונה 04/05/1998 סוג תאונה: תאונת דרכים

גורם מעדכן תאונה 001-000
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה 0
בארץ/בחול
אישור משטרה כ
מצב תיק: פתוח

000

09:35:12 13/06/2021

גליון תאונות

001

תאריך תאונה 03/05/1998 סוג תאונה: תאונת דרכים

גורם מעדכן תאונה 001-000
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה 0
בארץ/בחול
מצב תיק: סגור

000



נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים -
כלל

(עמודים 43 עד 43)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22 /

בבית משפט השלום
בבתי

תמר לוז אברהם - נ ג ד - כלל חברה לביטוח בע"מ

התובעת, תמר לוז אברהם, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום האף, אוזן וגרון ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר, בבית החולים מעייני הישועה ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת