

**Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator**

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

12 ינואר 2023

**אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד ומגשר**

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

**מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד**

**לכבוד
עו"ד דורין לביא
הראל חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל
ח.נ.**

**הנדון: תאונה מיום 27.3.2022
רכב מספר: 92-201-01
הנפגע: צדוק יל, ת.ז. 23689649**

מס' תביעה: 220310004426

1. ביום 27.3.22 בשעה 13:00 או בסמוך לכך, ברחוב הרב ש"ך, בבני ברק, עת הלך מרשי לתומו נפגע מאוטובוס דן ונפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

***רצ"ב אישור משטרה והודעה על תאונה.**

2. במקום הוזנקו כוחות רפואה ואמבולנס רפאל אשר קיבל קריאה מאיחוד הצלה הגיע למקום האירוע ומצא את מרשי חבול והבהיל אותו למיון בית החולים תל השומר.

***רצ"ב דו"ח פינוי וקבלה.**

3. מרשי התקבל בבית החולים תל השומר כשהוא סובל מטשטוש ראייה, כאבי ראש, כאבים בצוואר, בכתפיים ובגב ואובחן כנפגע חבלת ראש בקינמטיקה נמוכה בעוצמתה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר הכתפיים והגב. בדיקות דימות שללו את החשד בדברים דימום מוחי ושברים ולאחר בדיקת נוירולוג ואורתופד שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

4. מרשי אשר המשיך לסבול מכאבי ראש, צפצופים באוזניים, ירידה בראייה וכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל במסגרת הקהילה והופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע בדיקות הדמיה ומנוחה בת 30 ימים.

***רצ"ב תעודות רפואיות, מרשמים וקבלות.**

5. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מטנטון, כאבי ראש וחולשה.

6. מרשי משגיח כשרות ועוסק בתחום הדת ברמה העירונית, התקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודותיו ועיסוקיו ונגרמו לו הפסדי שכר.
7. לאחר התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ויזקק להוצאות אלה גם בעתיד.
8. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשה מרשי בניהול משק ביתו והוא נזקק לעזרת הזולת ויזקק לכך גם בעתיד.
9. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים (בתחום האורתופדי, הניירולוגי והאא"ג) אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי, על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובאלי בסך 125,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.
10. לעיונכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,



**אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין**

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא: 178695/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק: ג
תאריך: 26/04/2022, כ"ה ניסן תשפ"ב, 11:30

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת: אמצ' 2, תל אביב
טלפון: 03-6802222
פקס: 03-6803607
דואל: bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

13:00

בשעה

27/03/2022

1. תאריך
התאונה:

2. מקום התאונה:

בני ברק הרב ש"ך בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	9220101	סוג רכב	אוטובוס צבורי עירוני	תוצר רכב	מ א גרמניה
חברת ביטוח	הראל	מספר פוליסה	5031133893/21	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	39949680	אבו רוקן חוסאם	27/04/1983	עספיה, רח 42 5		

4. פרטי הולכי רגל:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	23689649	יל צדוק	30/06/1968	אור יהודה, סמטת במעלה 7	שיבא - תל השומר	קלה

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים:	1	מצב התיק:	בחקירה	מתאריך:	26/04/2022
--------------	---	-----------	--------	---------	------------

פרטי המטפל בתיק

מ"א	1117902	שם משפחה	אלבז	שם פרטי	תהל
-----	---------	----------	------	---------	-----

פרטי השוטר המוסר

מ"א	980987	שם משפחה	פרס	שם פרטי	איגור
-----	--------	----------	-----	---------	-------

דרגה

רסב

חתימה

26/04/2022 11:30

שם היחידה:

4138-V



רח' אליהו סעדון 122 אור יהודה ת.ד. 773 טל: 054-4943757 פקס: 03-9509390
 שיחת חינם 1800-353-101 | Email: amb.rafael@gmail.com

מקור

דו"ח על חולה / נפגע באמבולנס מס' 1090

שעת קבלת מקרה 12:43 ושעת פינוי 13:00 תאריך: 27/03/22

מס' חשבונית / קבלה / התחייבות / דואר 883 קוד מבצע _____ משמרת ל / ע (פ)

פרטים אישיים של החולה / הנפגע מקום הארוע חשד הרצח

שם משפחה ר שם פרטי 133 גיל 53 מיקדן 023689649 מס' זהות

כתובת החולה / הנפגע סמ"ת דמעה 7 אור יחזרה כתובת הארוע ר' עקיבא פנח הייז סק 22

מספר טלפון להתקשרות 0547237024 קופ"ח בה החולה / הנפגע מבוטח יחז

סמ נהג: אדון ירון חוסאס / מ"מ אישי ע"מ: 109703
מספרי הרישוי של כלי רכב המעורבים בתאונת דרכים
חזרת 28 קו 28 9220101
אירוע 3371

קוד הזנקה וקוד רפואי של המקרה

קוד ההזנקה כפי שגירשם בקריאה-
תלונה עיקרית תלונות זרעים

הקוד הרפואי של המקרה כפי שנמצא ע"י החובש-
תאור המקרה תלונות זרעים

גורם הארוע

סימנים חיוניים (הקף בעיגול או ציין)

חום 37.5 סטורציה 98 סוכר

צבע עור אחר

הכרה- מלאה / מערפלת / ללא הכרה

נשימה- נשום / קשיי נשימה / לא נושם

דופק- 70 / אין / ללא סדיר

150/80 80 20

לחץ דם דופק בדקה נשימה בדקה

בניגוד להנחיות צוות "אמבולנס רפאל" מסרב/ת החולה הנפגע/ת להתפנות

העדות קריאה של איחוד הצלה הוצגו בהגשתן זיהוי של תאונת דרכים בין היום
למאורעות הנפגע עקב זמנה דמיונה והאולקוס נצמד ופגע בו
דמיאש דמיונה מלאה של איחוד הצלה הכרה של דחיות או הקלות של פיאמליס דמיונה
יציאות נשמה רחוקה מזהם התפנית איתם שליו תהא הולך בוא
הפיוני מלא מיונים מסיים ~~הוא~~ שהאולקוס עשה
מכך נפגע דמיאש וצוואר

שמות אנשי הצוות:

מנחם	יצחק ז.	יהושע
נהג/חובש	חובש מלווה	אחר
פארמדיק		

1. לבן-לביה"ח המקבל
2. צהוב למעקב

להזמנות חייג
1-800-353-101

054-4943757

24 שעות ביממה

אמבולנס רפאל

רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

עוסק מורשה מס' 306733338

לייזר תשלום-כתב התחייבות / חשבון מס' 0883

שם הנזק: מנחם שעה: 13:30 תאריך: 27.03.22
☐ טיפול ☒ תאונות דרכים ☐ הרמה ☐ נזק
☐ העברה מרדו ☐ נזק ☐ אל ☐ תל ☐ הסמך ☐ קיון
 סכום: 700- ש"ח במילים: שבע מאות

פרטי הלקוח: 0543078844 שם: ציון
 כתובת החולה: 023689649 ת.ז. 23689649 סמל 7 אור יהודה

פרטי המזמיין: 0547237024 שם: ציון
 כתובת האירוע: 023689649 ת.ז. 23689649 סמל 7 אור יהודה

שטר חוב קנועך ביום 27 חודש 03 שנה 2022
 אני הח"מ ציון ת.ז. 23689649 מתחייב זאת
 לשלם לאמבולנס רפאל סך של (במילים): 700- ש"ח

חתימת שירות ע"י אמבולנס רפאל ל:
 לאחר ביצוע התשלום מומלץ לפנות לקופ"ח
 בה הנך חבר לבירור זכאותך להחזר כספי.
 בהתאם לסל השירותים בקופה
 ניתן לשלם בכרטיס אשראי טלפוני 054-4943757
 חתימת עושה השטר

להזמנות חייג
1-800-353-101
054-4943757
24 שעות ביממה

אמבולנס רפאל

רח' בן גוריון 7, אור יהודה מיקוד 6040307
טל': 054-4943757 | פקס: 03-9139888 | amb.rafael@gmail.com

שם החולה: ציון ת.ז. 23689649
 כתובת החולה: 023689649 סמל 7 אור יהודה
 קוד מוטב: 62-49510

25352838
מספר חשבון בנק

הודעת זיכוי מס' 0883

התשלום במזומן בלבד
 בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)
 הסכום לתשלום: 700- ש"ח
 הסכום במילים: שבע מאות

25352838 6249510 0883

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

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907
מספר קבלה: 02270127032022
תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

אבחנות מסכמות

- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)
- Head and neck injury [trauma, cervical] (959.01)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION (401.9)
- HYPERLIPIDEMIA (272.4)
- OBESITY (278.00)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

ASPIRIN tab 100mg P.O	100 mg	1 X 1	ביום
TRITACE cap 5mg P.O	5 mg	1 X 1	ביום

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בן 54 מתאר כי קיבל מכה בראש מאוטובוס. לא ברור האם איבוד הכרה. כעת כאבי ראש. נוטל אספירין רקע סכרת

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר ענתבי רועי מ.ר. 158947 27/03/2022 15:11
בן 54 ברקע סכרת, יל"ד, דיסליפדמיה נוטל אספירין היום בשעה 12:00 כהולך רגל נפגעה בראשו מאוטובוס (לפי הנהג נפגע מהמראה של האוטובוס) מתאר אירוע של ספק אובדן הכרה ללא הקאות, טוען כי ישנו טשטוש ראייה לפי משפחה היה מבולבל סביב האירוע כעת מלין על כאב ראש וכאב ממושט בגב ובכתפיים בבדיקה עירני, חיוני, מניע 4 גפיים ללא חסר נוירולוגי גס. מתמצא ומדבר לעניין עצבים קרניאלים שנבדקו שמורים GAIT תקין רגישות פראורטברלית בעמוד שדרה צווארי, ללא רגישות על פני עמוד השדרה CT - ללא עדות לדימום תוך גולגולתי אקוטי או שבר חריף. לסיכום, רושם לחבלת ראש בקינמטיקה יחסית נמוכה בעוצמתה, בהדמייה מתקדמת ללא רושם לדימום פעיל, בדיקה נוירולוגית תקינה באישור ד"ר קייזר משתחרר עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907

מספר קבלה: 02270127032022

תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

חסי 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



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

דר' ענתבי רועי מ.ר. 158947 המשך מעקב רופא מטפל

27/03/2022

המשך טיפול רפואי קבוע

15:11

בכל מקרה של החמרה בכאבי ראש, טשטוש ראייה שמפריע בביצוע פעולות יומיומיות, שינוי במצב ההכרה (בלבול חדש) הקאות מרובות- יש לפנות לבדיקת רופא בהקדם
3 ימי מחלה

303033369

27/03/2022 15:11:55

DocuSign

נחתם ע"י: דר' ענתבי רועי מ.ר. 158947

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 כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907

מספר קבלה: 02270127032022

תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

חסוי 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



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

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מוח לשלילת דימום מוחי CT 27/03/2022:

פרטי הבדיקה- תאריך: 27/03/2022 מספר: 4015010999691

CT מוח לשלילת דימום מוחי

הפניה: בן 54, חבלת ראש.

טכניקה:

סריקת מוח ללא הזרקת חומר ניגוד.

בהשוואה לבדיקה מתאריך 11/3/2011.

ממצאים:

ללא עדות לדימום תוך גולגולתי חריף. ללא עדות לאוטם קורטיקלי חד.
מרווח פרי-ווסקולרי בולט בחלק אנפריורי של גרעיני הבסיס משמאל, וריאנט אנטומי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
מוקד היפודנסי בקורונה רדיאטה משמאל, אינו ספציפי (2-50)
חדרים, חריצים וציסטרנות בגדר הנורמה.
גומה אחורית ללא ממצא חד.
מעבר קרניו-צרוויקאלי חופשי.
סינוסים פארא-נזלים, תאי מסטואיד וחללי אוזן תיכונה מאווררים. ציסטות רטנציה קטנות במקסילרי ימני.
ללא עדות לשבר חריף.

מכתב שחרור

23689649 יל צדוק

בן: 54

כתובת: סמטת במעלה 7 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026907

מספר קבלה: 02270127032022

תאריך ביקור: 27/03/2022 13:11

חסוי 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



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

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ללא התראה על דימום בתוכנת AIDOC.

לסיכום:

ללא עדות לדימום תוך גולגולתי אקוטי או שבר חריף.

-

מספר רשיון: 138655

פוענח על-ידי: ד"ר תאמר סובח

תאריך אשור:

מספר רשיון: 35201

אושר על-ידי: ד"ר מיכל שרון
27/3/2022

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



034022

קוד הפניה: 267277110

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: יל		שם פרטי: צדוק		ת.ז.: 23689649	
ת.לידה: 30/06/1968		מין: ז		טלפון: 035337030		טל.עבודה/נייד: 0547237024	
כתובת: סימטת במעלה 7, אור יהודה		מיקוד: 0					
0023689649							

התייעצות מומחה

- במכבי

אג

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ב27/03 היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל נפגע בראש מאוטובוס, נבדק במיון, בוצע CT ראש-ללא עדות לדימום תוך גולגולתי, ללא שבר חריף
מאז ציפצופים באוזניים, ירידה בראייה, כאבים בגוף, כאבים בצוואר, גב עליון ותחתון שובעיים לא יצא מהבית

ממצאים: נינוח נשימתית

רגישות במישוש מעל עמ"ש גבי תחתון ומותני

קולות לב סדירים

גפיים-ב.מ.פ.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACK PAIN

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2
- HYPERTENSION
- STROKE per MRI
- MORBID OBESITY

רגישויות: 29/06/2020 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבים בחזה, קוצר - CADEX - 05/11/2012

בצקת רגליים - AMLOW - 05/11/2012

בצקת רגליים - LERCAPRESS - 05/11/2012

סחרחורת - DISOTHIAZIDE - 05/11/2012

תרופות קבועות:

טיפול לא רציף 4 X 1MG OZEMPIC
VECTOR PLUS 160/12.5 1X1X90
VIT.B12 MAC 1000MCG120 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90
JARDIANCE DUO 12.5/1000 1X1X90

תאריך: 12/04/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

קוד הפניה: 267277110

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 23689649

שם פרטי: צדוק

שם משפחה: יל

טל.עבודה/נייד: 0547237024

035337030

טלפון:

מין: ז

30/06/1968

ת.לידה:



מיקוד 0

סימטת במעלה 7, אור יהודה

כתובת:

0023689649

התייעצות מומחה

STRIPS FREES LITE 50 1X2X30
CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90
EZETROL 10MG X 30 1X1X90
TEVAPIRIN 100MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: המשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

12/04/2022

חתימה וחומתת 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 - 12/04/2022 עד תאריך - 09/10/2022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית



0320483225



034022

קוד הפניה: 267276791

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: יל	שם פרטי: צדוק	ת.ז.: 23689649
ת.לידה: 30/06/1968	מין: ז	טלפון: 035337030	טל.עבודה/נייד: 0547237024
כתובת: סימטת במעלה 7, אור יהודה	מיקוד: 0		

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2040	עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)
2070	עמוד שדרה גבי 2 צילומים (AP+LAT)
2100	עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר?

דחיפות הפענוח: רגיל

שם המכון: משוב - ירושלים 39 קרית אונו 03-7362656

תלונות: ב27/03 היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל נפגע בראש מאוטובוס, נבדק במיון, בוצע CT ראש-ללא עדות לדימום תוך גולגולתי, ללא שבר חריף
מאז ציפצופים באוזניים, ירידה בראייה, כאבים בגוף, כאבים בצוואר, גב עליון ותחתון שובעיים לא יצא מהבית

ממצאים: נינוח נשימתית

רגישות במישוש מעל עמ"ש גבי תחתון ומותני
קולות לב סדירים
גפיים-ב.מ.פ

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACK PAIN

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2
- HYPERTENSION
- STROKE per MRI
- MORBID OBESITY

ד"ר שהינו לריסה
רופאה פנימית
034022712

מעש/ת: לא

12/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/04/2022 עד תאריך - 09/10/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



034022

קוד הפניה: 267277016

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 23689649

שם פרטי: צדוק

שם משפחה: יל

טל.עבודה/נייד: 0547237024

035337030

טלפון:

מין: ז

30/06/1968

ת.לידה:



מיקוד 0

סימטת במעלה 7, אור יהודה

כתובת:

0023689649

התייעצות מומחה

- במכבי

עיניים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ב27/03 היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל נפגע בראש מאוטובוס, נבדק במיון, בוצע CT ראש-ללא עדות לדימום תוך גולגולתי, ללא שבר חריף
מאז ציפצופים באוזניים, ירידה בראייה, כאבים בגוף, כאבים בצוואר, גב עליון ותחתון שובעיים לא יצא מהבית

ממצאים: נינוח נשימתית

רגישות במישוש מעל עמ"ש גבי תחתון ומותני

קולות לב סדירים

גפיים-ב.מ.פ

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACK PAIN

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2
- HYPERTENSION
- STROKE per MRI
- MORBID OBESITY

רגישויות: 29/06/2020 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבים בחזה, קוצר - CADEX - 05/11/2012
בצקת רגליים - AMLOW - 05/11/2012
בצקת רגליים - LERCAPRESS - 05/11/2012
סחרחורת - DISOTHIAZIDE - 05/11/2012

תרופות קבועות:

טיפול לא רציף 4 X 1MG OZEMPIC
VECTOR PLUS 1X1X90 160/12.5
VIT.B12 MAC 1000MCG120 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90
JARDIANCE DUO 12.5/1000 1X1X90

תאריך: 12/04/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית



034022

קוד הפניה: 267277016

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 23689649

שם פרטי: צדוק

שם משפחה: יל

טל.עבודה/נייד: 0547237024

035337030

טלפון:

מין: ז

30/06/1968

ת.לידה:



מיקוד 0

סימטת במעלה 7, אור יהודה

כתובת:

0023689649

התייעצות מומחה

STRIPS FREES LITE 50 1X2X30
CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90
EZETROL 10MG X 30 1X1X90
TEVAPIRIN 100MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: המשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

12/04/2022

חתימה וחוקתמת 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 - 12/04/2022 עד תאריך - 09/10/2022

הרופא
הפניה
לרופא
מכבי
זהב
34022

תאריך: 12/04/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 23689649

שם פרטי: צדוק

שם משפחה: יל

טל.עבודה/גייד: 0547237024

035337030

טלפון:

מין: ז

30/06/1968

ת.לידה:



מיקוד 0

סימטת במעלה 7, אור יהודה

כתובת:

0023689649

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/לעבוד מיום: 27/03/2022 עד יום: 27/04/2022 סה"כ: 32 ימים.

12/04/2022

תאריך

חתימה וחוקתמת הרופא

מ.ר גורם מפנה
03-5387222
073-2284246
אור יהודה



034022

קוד הפניה: 267278077

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 23689649

שם פרטי: צדוק

שם משפחה: יל

טל.עבודה/נייד: 0547237024

035337030

טלפון:

מין: ז

30/06/1968

ת.לידה:



מיקוד 0

סימטת במעלה 7, אור יהודה

כתובת:

0023689649

התייעצות מומחה

- במכבי

נירולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ב27/03 היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל נפגע בראש מאוטובוס, נבדק במיון, בוצע CT ראש-ללא עדות לדימום תוך גולגולתי, ללא שבר חריף
מאז ציפצופים באוזניים, ירידה בראייה, כאבים בגוף, כאבים בצוואר, גב עליון ותחתון שובעיים לא יצא מהבית קבלת מרשמים כרוניים ...

ממצאים: נינוח נשימתית

רגישות במישוש מעל עמ"ש גבי תחתון ומוותני

קולות לב סדירים

גפיים-ב.מ.פ

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACK PAIN
- CHRONIC MEDICATION REFILL

מעשנת: לא

- DIABETES MELLITUS TYPE 2
- HYPERTENSION
- STROKE per MRI
- MORBID OBESITY

בעיות ידועות:

רגישויות: 29/06/2020 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבים בחזה, קוצר - CADEX - 05/11/2012
בצקת רגליים - AMLOW - 05/11/2012
בצקת רגליים - LERCAPRESS - 05/11/2012
סחרחורת - DISOTHIAZIDE - 05/11/2012

תרופות קבועות:

טיפול לא רציף 4 X 1MG OZEMPIC
VECTOR PLUS 160/12.5 1X1X90
VIT.B12 MAC 1000MCG120 1X1X90

תאריך: 12/04/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

קוד הפניה: 267278077

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: יל		שם פרטי: צדוק		ת.ז.: 23689649	
ת.לידה:		30/06/1968		מין: ז		טלפון: 035337030	
כתובת:		סימטת במעלה 7, אור יהודה		טל.עבודה/נייד: 0547237024		מיקוד 0	

התייעצות מומחה

CRESTOR 10MG X 28 1X1X90
JARDIANCE DUO 12.5/1000 1X1X90
STRIPS FREES LITE 50 1X2X30
CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90
EZETROL 10MG X 30 1X1X90
TEVAPIRIN 100MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: המשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

12/04/2022

חתימה וחומת 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 - 12/04/2022 עד תאריך - 09/10/2022

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>סמית רחל</u>	שם פרטי <u>דני</u>	תעודת זהות <u>2309649</u>	שם האב _____
רחוב _____	מס' <u>7</u>	עיר <u>אשדוד</u>	מיקוד _____
		טלפון _____	

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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____			
רופאים: _____	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות: _____	1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 1/7/22 עד לחתימה ומס' ת.ז. משה רשיון חתימה: X
~~62254~~

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 23/9/49, מרחוב סימטת בנאי, 7, י"ד י"ד,
ת.ז. מס' 23/9/49, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי, במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 27/3/22
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש ז שנה 22

חתימה: X 133

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פריינברג
מס' 62254~~