

תאריך חתימת המסמך: 1.3.23

1. אלעד מרציאנו, ת"ז 201388634 : התובעים

2. נטלי מרציאנו, ת"ז 204728166
שניהם הבנים 21, אור יהודה

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: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

1. אלעד מרציאנו, ת"ז 201388634 : הנתבעים

2. מגדל, חברה לביטוח בע"מ
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל': 03-9201010 דוא"ל: tiviothova@migdal.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

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

סכום האגרה: 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

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

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



(1) בעלי הדין :

1. התובע 1, יליד 2.11.1989, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 65-106-76 (להלן: **"הרכב"**).
 2. התובעת 2, ילידת 25.6.1992 הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
 3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן **"כנספח 1"**.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

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

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

8. בתאריך 12.9.21, בשעה 08:30 או בסמוך לכך, בשדרות אליהו סעדון, באור יהודה, היה הרכב הנהוג ע"י התובע 1 מעורב בתאונה עם רכב הנושא מספר רישוי 66-180-81 והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: **"התאונה"**).

התובע 1

9. לאחר התאונה טופל התובע 1 בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובבטן המלוות בבחילות ותחושת נימול ברגל שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר סבל מהתגברות הכאבים ובהגבלה בתנועות עמוד השדרה וכאבי ראש, פנה למוקד טרם לרפואה דחופה ולאחר מספר בדיקות שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב וטיפול תרופתי.

11. בחלוף כשבוע, נוכח החמרה נוספת בכאבים עד לכדי קושי בתפקוד טופל התובע במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותו למיון. התובע טופל במסגרת בית החולים שיבא, ולאחר ביצוע בדיקות וטיפול לשיכוך כאב שוחרר עם המלצות לטיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב, מנוחה וביקורת אורתופד בקהילה.
12. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת קופת החולים הופנה לביצוע בדיקות הדמיה, הפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה בהתאם לחומרת הכאב.
13. בדיקת CT שללה חשד לממצא אקוטי והתובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הקרנת הכאבים לגפיים, הופנה לביצוע בדיקות נוספות והמשך טיפול תרופתי ופיזיותרפי.
14. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ומשנותרו הכאבים וההגבלה בתנועות, כמצוות רופאיו, המשיך במעקב הרפואי והופנה, בין היתר, למרפאת כאב שם הוחלט על התחלת טיפול תרופתי והמלצה לביצוע פעילות גופנית.
15. התובע הופנה למכון לרפואת שיכוך כאב בבית החולים שיבא, שם אובחן כסובל מכאבים מוסקולוסקלטליים ממושטים לאחר ת"ד והוחלט על טיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב.
16. התובע המשיך במעקב הרפואי האורתופדי והופנה להמשך מעקב רפואי והמשך טיפול במסגרת הקהילה ובמסגרת מרפאות החוץ.
17. התובע נבדק ע"י פרופ' בוסקילה, מומחה לרפואה פנימית וראומטולוגיה, אשר איבחן כי התובע סובל מתסמונת הפיברומיאלגיה והפנה אותו לביצוע בדיקות דם, הפניה לטיפול פסיכיאטרי בשל רושם לדיכאון ריאקטיבי לכאב, ביצוע טיפולי הידרותרפיה, טאי צ'י וטיפול CBT והמשך מעקב ראומטולוגי.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
18. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ממושטים ומכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים, מקושי בהליכה עמידה וישיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מעייפות כרונית, ממצב רוח ירוד, תנודות במצבו הרגשי, דכדוך, הימנעות חברתית, קשיי שינה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
19. התובע עצמאי בתחום השיפוצים והגמר, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה במאמץ פיזי, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, להיעזר בקבלנים חיצוניים, נזקק להפוגות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
20. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
21. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



התובעת 2:

22. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת 2 לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
23. התובעת 2 המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, טיפולי רפואה משלימה ונטילת משככי כאבים.
24. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ונוכח הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר אשר נותרו חרף הטיפולים הופנתה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה וביצוע בדיקות הדמיה.
25. בדיקת הדמיה אשר בוצעה לתובעת 2 וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה פריצת דיסק אחורי בגובה C2-C3.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".
26. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בהליכה ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בריכוז, קושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקושי בכיפוף והרמה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
27. התובעת אשת חינוך בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
28. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
29. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

30. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| (1) הפסדי השתכרות בעבר – | ₪ 130,500 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 35,000 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 26,000 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 9,500 |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע 1 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.

31. להלן פירוט נזקי התובעת 2 :

ג. נזק מיוחד :

(1) הפסדי השתכרות בעבר – ₪ 55,500

(2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 13,000

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 17,000

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 8,000

ד. 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.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט :

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

33. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 8 עד 14)	8
נספח 2: תעודות רפואיות תובע 1 (עמודים 16 עד 54)	16
נספח 3: תעודות רפואיות תובעת 2 (עמודים 56 עד 68)	56
נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - התובע 1 (עמודים 70 עד 70)	70
נספח 5: טופס 1 - מינוי מומחים - התובעת 2 (עמודים 72 עד 72)	72
נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 74 עד 81)	74



נספח 1 :

חבות

(עמודים 8 עד 14)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
תאריך 26/09/2021 כ' תשרי תשפ"ב 14:20
מס' תיק מסוף 6 - 2021 - 13992 - 2008
טלפון 03-6802222
כתובת אמצ' 2, תל אביב
נושא המסמך
מספר תיק פלא 683435 / 2021
סיווג תיק ת.ד. כללי
מס' מסמך בתיק א
פקס 03-6803607
מייל bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 12/09/2021 בשעה 08:30
2. מקום התאונה: אור יהודה שדרות אליהו סעדון בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	
7610665	משא סגור	מזדה תאילנד	
חברת ביטוח		מספר פוליסה	סוג לוחית
		25100914021	ישראלית
מעורבים ברכב:			
שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
נהג	201388634	מאיר אלעד מרציאנו	02/11/1989
כתובת	קופ"ח / בית חולים		
אור יהודה, שד הבנים 21	שיבא - תל השומר		
פרטי הרכב:			
שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
נוסע	204728166	נטלי מרציאנו	25/06/1992
כתובת	קופ"ח / בית חולים		
אור יהודה, שד הבנים 21	שיבא - תל השומר		
פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	
6618081	פרטי נוסעים	יונדאי קוריאה	
חברת ביטוח		מספר פוליסה	סוג לוחית
			ישראלית
מעורבים ברכב:			
שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
בעל רכב	510454333	אלדן תחבורה בע"מ חברה	
כתובת	קופ"ח / בית חולים		
קויפמן יחזקאל 6, תל אביב - יפו, 01298			
פרטי הרכב:			
שיוך המעורב	ת.ז.	שם	שנת לידה
נהג	50943729	כדורי ראובן	23/12/1951
כתובת	קופ"ח / בית חולים		
פתח תקווה, כץ מיכל לייב 77			

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 26/09/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
-----	----------	---------

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
תהל	אלבז	1117902

פרטי השוטר המוסר				
שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א	רסמ
תהל	אלבז		1117902	



[illegible]

משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות

بطاقة هوية

שם המשפחה אסמ العائلة
מרציאנו

השם הפרטי الاسم الشخصي
מאיר אלעד

תאריך הלידה تاريخ الولادة
ה' בחשוון התש"ן
02.11.1989

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار
י"ד באב התשע"ט
15.8.2019

בתוקף עד סארי المفعول حتى
א' באלול התשפ"ט
12.08.2029

מספר הזהות رقم الهوية

2 0138863 4

2 0138863 4



השם הפרטי האדם
מאיר אלעד

שם המשפחה
מרציאנו

מספר הזהות
2 0138863 4

שם האב
יהודה

שם הסב
אלברט

שם האם
אילנה

מקום הלידה
ישראל

המין
זכר

קוד אימות
01-21-12-44 00

מעמד הוזה
אזרחות ישראלית

מספר הכרטיס
008927577

782518 110286





DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



מרציאנו

1. MARCIANO

נטלי

2. NATALI

3. 25.06.1992

4. כ"ד בסיון התשנ"ב

4a. 04.10.2020

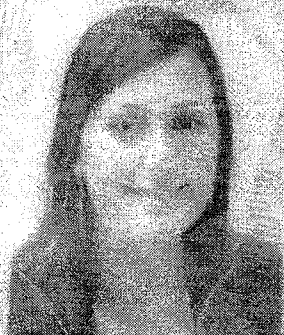
4b. 25.06.2030

4d. ID 204728166

5. 9685496

8166

8. שד הבנים 21 אור יהודה



8166

חובל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

9. B

קטגוריות כלי הרכב Categories of Vehicles

A	A2		
	A1		
	A		
B		  2013	
C	C1		
	C		

Restrictive Conditions of Use
AUTOMATIC GEAR

IL 204728166

D	D		
	D1		
	D2		
	D3		
E			
1			

204728166

05/10/2020/1500

נספח 2 :

תעודות רפואיות תובע 1

(עמודים 16 עד 54)



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

מכתב שחרור

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800
מספר קבלה: 00680112092021
תאריך ביקור: 12/09/2021 08:54

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בן 31 מעורב בתאונת דרכים כנהג חגור, לדבריו רכב פגע ברכבו מאחור, לא נפתחו כריות אוויר.
תלונות על כאבי צוואר גב בטן,
בנוסף בחילות ותחושת נימול ברגל שמאל.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	תשובת	ביצוע
09:16 12/09/2021	3				באור	משטף	משטף
09:10 12/09/2021					חדר	אנטיגן	
09:03 12/09/2021		36.8	103	133 / 90	97	שלילי	בוצע

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:02 12/09/2021
בן 31 בריא בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידוע על רגישויות. לפני שעתיים ת"ד כנהג רכב מנגנון אחורי, רכב פגע באחור במהירות כ- 50 קמ"ש. ללא אובדן הכרה או חבלת ראש ישירה. שולל חבלה או כאבים בחזה. מלין כעת על סחרחורות, בחילות ללא הקאות, כאבי ראש אוקסיפיטלים. מלבד זאת, כאבי גב תחתון ובאזור הצוואר. דופק 100, לחצי דם שמורים. בבדיקה - ראש ללא סימני חבלה, בדיקה נוירולוגית תקינה - כוח גס ותחושה שמורים, ע"ק בגדר הנורמה. מניעה ראש לכל הכיוונים, ללא רגישות על פני עמ"ש צווארי, רגישות פרורטברלית דו"צ בגב אמצעי- תחתון. חזה - ללא סימן חבלה או חגורה, רגישות על פני צלעות 10-11 משמאל. בהאזנה כניסת אויר טובה ושווה דו"צ. בטן ללא סימן חבלה וללא רגישות. עקב רגישות נשלים צל"ח מוכוון צלעות, ללא חבלת ראש ישירה אך סחרחורת משמעותית ובחילות - נשלים CT.

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:33 12/09/2021
השלים צילום ללא עדות לPTX סיטי ראש תקין ללא ממצא חבלתי ישתחרר לביתו לאחר הסבר על הדגלים האדומים בגינם יש לשוב למיין לרבות טשטשוש ראיה חדש, הקאות מרובות מעל 2 ביממה, סימני צד

חטוי 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

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

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

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

תוצאות בדיקות א.ק.ג.

09:24 12/09/2021

Borderline Abnormal

Normal sinus rhythm

ST elevation, consider early repolarization

Borderline ECG

,When compared with ECG of 12-SEP-2021 09:23

No significant change was found

,SEP-2021 09:23-12

09:23 12/09/2021

Borderline Abnormal

Normal sinus rhythm

Possible Left atrial enlargement

Borderline ECG

No previous ECGs available

09:23 12/09/2021

Normal

Normal sinus rhythm

Early repolarization

Normal ECG

,When compared with ECG of 12-SEP-2021 09:23

No significant change was found

,SEP-2021 09:23-12

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

מוח 12/09/2021 CT:

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 12/09/2021 מספר: 4015010555786

CT מוח ללא חומר ניגוד

1

[
סיבת הפנייה: בן 31 ת' ד' מנגנון אחורי כעת מלין על סחרחורות ובחילות ללא הקאות. בדיקה נויורולוגית
סה' כ' החמרה של סחרחורת בתנועות גלגל עיניים.
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.
בהשוואה לבדיקה מתאריך MRI 02.02.2012

ממצאים:

ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטרנות תקינים.
עיבוי רירית בסינוסים פרונטליים דו"צ. סינוסים פאראנזליים, תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים.
רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא.
מעבר קרניוצרביקלי חופשי.
גומה אחורית ללא ממצא מוקדי.

סיכום:

ללא עדות לממצא מוחי חד.

]

שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 145891

פוענח על-ידי: ד"ר מריה שגב

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

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	12/09/21 09:50	12/09/21 09:45
CBC	REMARK			
ביוכימיה בדם	Lipemia			+
ביוכימיה בדם	Icterus			Normal
ביוכימיה בדם	Hemolysis			Normal
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45		27
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.67-1.17		0.85
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100		103↑
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2		4.6
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148		142
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110		104
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4		9.9
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0		3.80
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	3.5-7.2		7.4↑
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1		0.88
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (IU/l)	7-40		135↑
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (IU/l)	7-45		400↑
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (IU/l)	100-260		248

מכתב שחרור

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800

מספר קבלה: 00680112092021

תאריך ביקור: 12/09/2021 08:54

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות 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

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

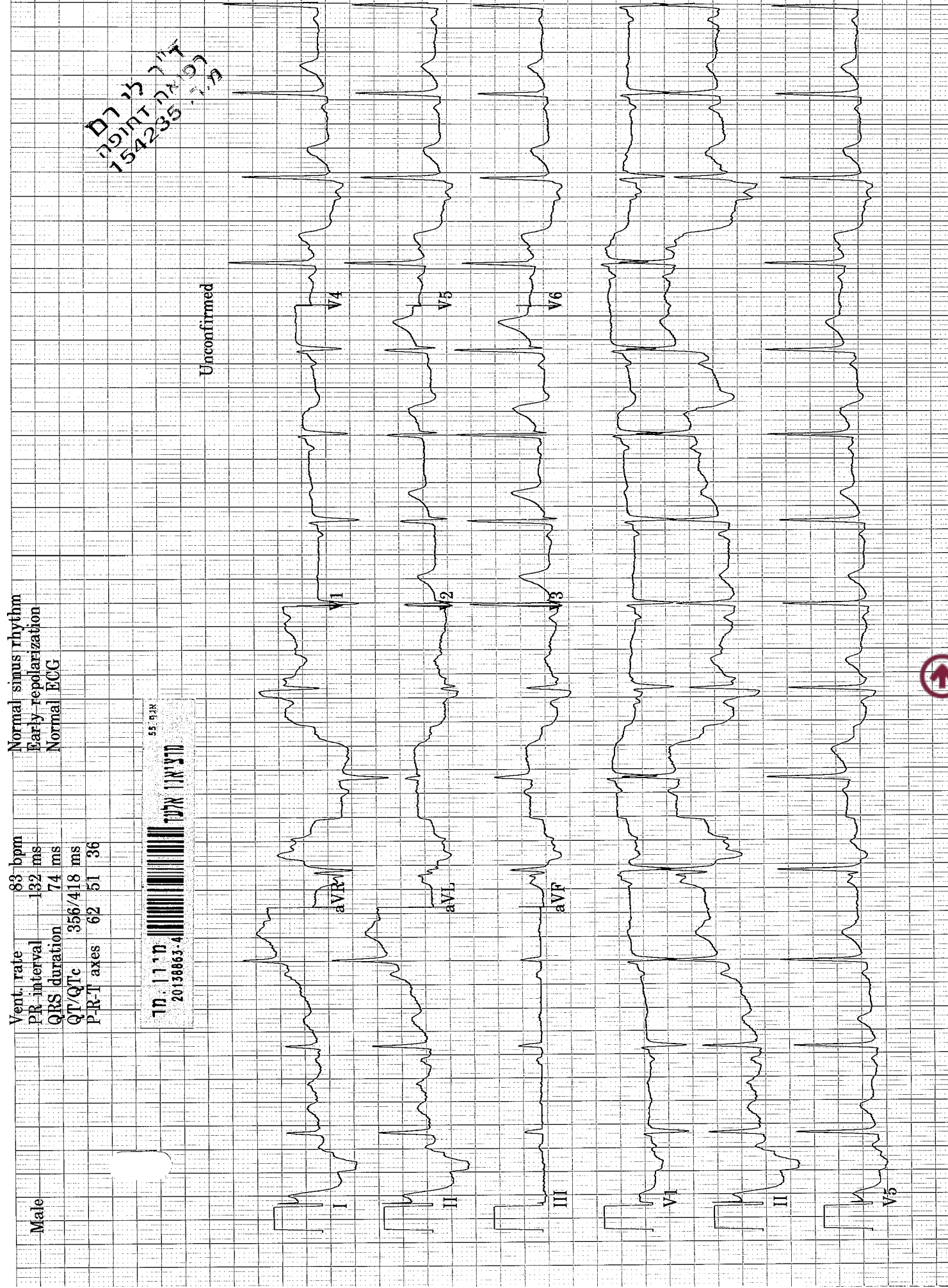
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	12/09/21 09:50	12/09/21 09:45
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (IU/l)	45-115		76
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (IU/l)	10-49		206†
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2		7.7
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5		4.9
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5		2.70
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295		294
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (IU/l)	20-90		69
ביוכימיה בדם	Lipase, pancreatic (IU/l)	7-60		36.7
ביוכימיה בדם	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5		4.73

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקות קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



Vent. rate 83 bpm
PR interval 132 ms
QRS duration 74 ms
QT/QTc 356/418 ms
P-R-T axes 62 51 36

Normal sinus rhythm
Early repolarization
Normal ECG

תד. 177 ח. 55 934
20138863-4
דפוס אולטרה



טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520
פקס: 0722740627

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים	תיק מס': 202122	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 941055	תאריך ביקור Date: 14:10 13/09/2021
-----------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בדיר	שם: Name: (מאיר) אלעד (מרציאנו) תז: ID: 201388634	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
--	--	--

סיכום הביקור:

Diagnosis MVA	אבחנה
Pulse: 95, O2sat: 98, BP: 127/82 (other vitals may be on scanned chart)	
Age: 31 years 10 months	
Injury/Pain Exam: SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-C-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline C-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5 (large toe dorsiflexion) Normal, SL4 (knee extension) Normal, S1 (foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool incontinence	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 31 בריא	
יום טרם קבלתו היה מעורבת בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס ברכבו מאחור הייה חגור. כריות אוויר לא נפתחו הופנה לבית"ח שם עבר ברור שכלל CT ראש ללא ממצא מכוון כעת התקבל בשל כאבים בע"ש צווארי וכאבי ראש === בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים קולות לב סדירים ללא אוושות ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים בטן רכה לא רגישה, ללא סימני גירוי צפקי גפיים ללא בצקות או סימני DVT בדיקה נוירולוגית- GCS 15, מתמצאת 3*, דיבור תקין, עצבים קרניאלים תקינים, תפקודי מוחון תקינים, ללא חסר מוטורי או סינסורי. CORONA : NOT in quarantine, Vaccination NOT in the past Month, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive, No fever over 38, Did NOT have Corona, No SOB, No cough, vaccinated twice === מהלך ודיון: צילום ע"ש צווארי - ללא ממצא מכוון המלצות בשחרור משככי כאבים לפי המרשם מעקב רופא מטפל מעקב רופא אורטופד פיזיותרפיה יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) צילומים שבוצעו: עמוד שדרה צווארי + דנס <<<	
Tests done (results scanned on actual chart)	

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שהוגשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg

Prescriptions

מרשמים שניתנו בסוף הטיפול:

Diclofenac Sodium (VOLTAREN, ABITREN, BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO, 1 (One) tablet, 1 (One) TIMES PER DAY
FOR 5 (Five) DAYS ; #5 (Five) tablet

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.
יש ליטול את משככי הכאבים לפי המרשם המצורף.

במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.

יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידיים או ברגליים

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מוחמד בدير מ.ר. 158592

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם



בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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

19/09/2021 תאריך
09:43

הפניה למיון

פרטי המטופל

00-20138863-4	31.10	ז	02/11/1989	יהודה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
אור יהודה	שד הבנים	21 / 3	53 -2447443	54 - 6351708
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35255163292

גורם שולח
5255

מספר הפניה
035255163292

תז נבדק
0201388634

מספר רשיון
120442

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אפיין
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
7840	HEADACHE	
7245	BACKACHE	

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/09/2021
בן 31 עם כאבים בגב, צוואר וראש, אחרי תאונת דרכים
בבית חולים עשו בדיקות וצילומים, הכול היה תקין
19/09/2021
מבקש ללכת לבית חולים כי לא יכול לסבול הכאבים

סימנים חיוניים: גובה 170 26/08/2010 משקל 78 04/10/2015 bmi 26.99
לחץ דם 121 /72 25/03/2018
דופק 83 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך 114.1 eGFR

מיון מרכזי - הולב עבלת: 19/09/21 10:13 מספר: 124
00-20138863-4 שם: מרציאנו אלעד
אבא: יהודה כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה
מיון זכר טל: 054-6351708 לידת: 02/11/1989
סיבת: מחלה מוסד: כללית 221164 חפנית: ק
אסמכתא: 1 יחידת: 35104 מרכז רפואי שיבא
חפיל: הילה

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 14/09/2021
ללא מימצא חריג בבדיקת גב וצוואר
19/09/2021

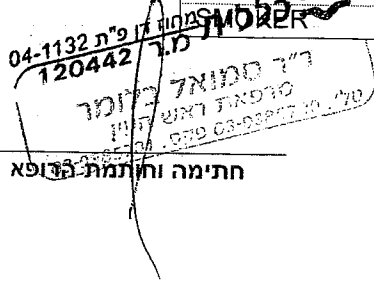
ס.ה.ר. 1

הפניה למיון

מרציאנו מאיר אלעד

00-20138863-4 הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 19/09/2021

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2000		ENURESIS
01/01/2001		



120442

מספר רשיון

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

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



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

מכתב שחרור.

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800
מספר קבלה: 01240119092021
תאריך ביקור: 19/09/2021 10:13

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)
- Whiplash injury to neck [trauma, cervical] (847.0)

ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לפני שבוע ת"ד, נהג ברכב חגור, נבדק ושוחרר.
עדיין כאב בגב תחתון וצוואר

סימנים חיוניים

סטורציה	לחץ דם	דופק	חום	כאב	תאריך ושעה
באוויר	דם				
חדר				4	10:45 19/09/2021
98	140 / 96	100			10:22 19/09/2021
			37.3		10:21 19/09/2021

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 19/09/2021 13:17
בן 31 בריא בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידוע על רגישויות. 12/9 תד היום הגיע בשל החמרה בכאבי צוואר גוף כלליים ללא הפרעה סוגרית או חום בבדיקתו הליכה תקינה ו צוואר רגישות דיפוזית והגבלה , עמוש לכל אורכו רגישות דיפוזית , מיורולוגיה תקינה לפי ASIA . בצילומים : ללא ממצא גרמי חריף . המלצות:

המלצות

פרטים

גרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

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

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 ממוחה 5 ימים, משככי כאבים, צווארון גמיש, ביקורת אורטופד
קופ"ח בעוד שבוע- לשקול CT עמו"ש צווארי באם כאבים ממשיכים

19/09/2021
14:54

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				10 ימים	X 3 ביום	1 tab/ cap	P.O	ZALDIAR (TraMADol 37.5+PARACETAMOL 325 mg) (PARACETAMOL [ACETAMINOPHEN], TraMADol HCL, TraMADol HCL+PARACETAMOL)
✓				10 ימים	X 1 ביום	600 mg	P.O	ETOPAN XL tab (ETODOLAC)
✓				10 ימים	X 3 ביום	1000 mg	P.O	OPTALGIN oral sol (DIPYRONE [METAMIZOLE])


חתימה:

Amir Hadija
19/09/2021 14:55:08

מיוסר/מסמך

נחתם ע"י: ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217

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 כדין 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 יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.
להצטרפות חינם 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

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

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

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.

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

לשלול ממצא גרמי אקיוטי
לשלול לחץ משמעותי בשורשי עצבים

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

חתימה וחוקת הרופא

145313

מספר רשיון

בנימין פדידא

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



06/10/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

מריאנו מאיר אלעד		00-20138863-4	31.11	ז	02/11/1989	יהודה
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
שד הבנים		21 / 3			53	54 - 6351708
רחוב		מס בית			טלפון	טלפון נוסף
אור יהודה						
ישוב						

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/09/2021 עד תאריך 30/10/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 49

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

145313

בנימין פדידא

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תאריך 06/10/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		מרציאנו מאיר אלעד	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ת. לידה	שם האב
שד הבנים	3 / 21	53	54 - 6351708
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 12/09/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32294018353
רשיון רופא 145313
תז נבדק 0201388634
מספר הפניה 032294018353
גורם שולח 2294

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

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות / סיבת הפניה

ת"ד
WHIPLASH INJURY
מתלונן על כאבי צוואר
שלא עוברים
+ כאבי גב תחתון

בעיות פעילות	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2000	01/01/2001		ENURESIS SMOKER

מטרת הבדיקה: טיפול בכאבי ע"ש בכל האורכו
בדחוף
תודה

חתימה וחותמת הרופא

145313

מספר רשיון

בנימין פדידא

שם הרופא

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

7 ה.ה.ר.

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י בנימין פדידא 00-20138863-4

מרציאנו מאיר אלעד

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל
עשויה לגרום להבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן
מומלץ לקרוא את המידע יחד עם הרופא המטפל, אשר
יסביר אותו, ואת המשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות
טיפול.
מומלץ להעביר עותק של כל המידע הרפואי לרופא המטפל.

לכבוד:

שם המטופל: מרציאנו אלעד

ת.ז: 201388634

ELAD MARCIANO

טל' ראשון: 003-5339964
טל' שני: 054-6351708

תאריך לידה: 02/11/1989
מין: זכר

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה
אור יהודה 6026800

פרטי הבדיקה - תאריך: 21/10/2021 מספר: 4015010615179

CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד



סיבת ההפניה: בן 31 עם כאבי צוואר. לבירור.

הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.

ממצאים:

לורדוזיס צווארי שמור.
המרווחים הבין-חולייתיים תקינים.
ללא עדות לתמט או תזוזה.
רקמות רכות פאראאורטברליות תקינות.
פסגות הריאות תקינות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.

לסיכום: הבדיקה בגדר הנורמה.

מספר רשיון: 153067 תאריך אשרור: 22/10/2021

אושרר על-ידי: ד"ר מייקל וולף

טלפון לבירורים: 03-5302378
מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הדימות "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

תאריך 13/01/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

מרציאנו מאיר אלעד	00-20138863-4	32.02	ז	02/11/1989	יהודה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
שד הבנים	21 / 3			53 2447443	54 -6351708
אור יהודה	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
רחוב					

מספר הפניה ישירה: 35255167099

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255167099

תז נבדק



0201388634

מספר רשיון



120442

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 32 עם כאבים בגב תחתון

סימנים חיוניים: גובה 170 26/08/2010 משקל 78 04/10/2015 bmi 26.99

לחץ דם 121 25/03/2018 72

דופק 83 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך 114.1 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילי	אפיון	בעיה
01/02/2000		ENURESIS
01/01/2001		SMOKER

02/03/2022 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
00-20138863-4	32.04	ז	02/11/1989	יהודה	מרציאנו מאיר אלעד
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
21 / 3			53 - 2447443	54 - 6351708	שד הבנים
מס בית			טלפון	טלפון נוסף	רחוב
					אור יהודה
					ישוב

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294020034

גורם שולח
2294

מספר הפניה
032294020034

תז נבדק
0201388634

רשיון רופא
145313

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים 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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
73699	78320	מיפוי עצמות- SPECT	21207040
56016	95861	אלקטרומויגרפיה EMG	56016

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021
ת"ד
WHIPLASH INJURY
מתלונן על כאבי צוואר
שלא עוברים
+ כאבי גב תחתון
28/02/2022
ללא שיפור קליני
02/03/2022

ממצאים עיקריים
בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022
בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021
לפי בירור קליני
כאבים דיפוזיים של ע"ש צווארי
ש בכל האזורים
ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים
28/02/2022
02/03/2022

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
CERVICALGIA		7251
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/02/2022:
 ההפניות שהופקו ב 06/10/2021:
 הפניה לדימות - CT 78073-ט.מ. עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה -
 80074-טיפול פיזיותרפי פרטנ
 28/02/2022:
 ביקורות חוזרת עם תוצאות הדיקת CT
 02/03/2022:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2000		ENURESIS
01/01/2001		SMOKER

הערות:

1/ מיפוי עצמות / בירור כאבים דיפוזיים של ע"ש אחרי ת"ד / לשלול פגיעה איוקטית
 2/ EMG NCV ידיים / בירור paresthesias של הידיים

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

145313

בנימין פדידא

התזמנה וחנותת הרפא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
 מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 13/04/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל

מס' זהות	00-20138863-4	32.05	ז	02/11/1989	יהודה
שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שד הבנים	21 / 3	53	54 - 6351708	טלפון	טלפון נוסף
רחוב	מס' בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210492805 מספר זיהוי הפניה: 32294018353
 תאריך הפניה: 06/10/2021
 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
 לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: בנימין פדידא
 מרפאה: רופאים עצמאיים גבעת שמואל
 מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
מרכז			BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 11/10/2021 תאריך סיום טיפול: 13/04/2022

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 7 קבוצתי: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
3	הדרכה לתרגול בבית
2	טיפול ב-TENS
2	תרגול כללי
2	תרגילי חיזוק
3	הערכה מחדש- בדיקה
5	קבוצת רביע תחתון
2	קבוצת גב

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	מרכז	8	8
צוואר	מרכז	8	8
גב עליון	מרכז	8	8

הערכת מטפל: 4-החמרה במצב

הערות: כאב בגב ובצוואר. קושי להתכופף.
לדבריו הכאב התעצם.
הודרך לתרגל.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
13/04/2022
30/03/2022
30/03/2022
02/03/2022
23/02/2022
16/02/2022
09/02/2022
02/02/2022
30/01/2022
17/11/2021
08/11/2021
11/10/2021

מחזור
ענבר כרוב
39488
מ.י.
פידיותופיסט
הדפס ע"י ענבר כרוב

חתימה וחותמת

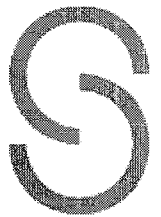
10140019

מספר רשיון

מקסים קיט

שם מטפל





מס' זהות: 0201388634
טל' ניד: 0532447443
טל' בבית: 0546351708

לכבוד:
אלעד מרציאנו
שד הבנים 21, דירה 3, אור יהודה
אור יהודה
6026800

הזמנה למרכז למדעי המוח - EMG

הנך מוזמן/ת ל-EMG

ביום רביעי 27/04/22 בשעה 15:55

מיקומנו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומה 1.
דרכי הגעה: 1. לחנות בחניון רב קומות. מקנין הצומת (קומה 4) לצאת בפרוזדור שמתחיל במרכז סלקום. לעבור את שני המסועים המכון נמצא בצד ימין. 2. לובי מרכזי לפנות שמאלה לכיוון מרפאות חוץ. לפנות ימינה ליד עגלת קפה ומיד שמאלה למעליות. לעלות לקומה 1 ולפנות שמאלה למרכז למדעי המוח.
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום ב"waze" חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".
הנחיות לביקור:

- חובה להגיע עם מזהה עם תמונה (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון)
- יש להביא התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

קוד בדיקה	תיאור
95872	אלקטרומיוגרפיה ממוחשבת כמותית
95900	בדיקת מוליכות העצב (NCT)

במידה ותגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,500 ₪) ל-21 יום.

המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- יש להביא מסמכים רפואיים, מכתב הפניה ורשימה מסודרת של התרופות, מכתב שחרור ממחלקה ותוצאות בדיקו מעודכנות.
- צילומי רנטגן קודמים - במידה ויש, דיסק CT ו/או MRI. את הדיסק יש להטמיע במכון דימות במידה ו-CT או MRI לא בוצעו במסגרת בית חולים.

לתשומת ליבך:

- ניתן להגיע עם מלווה אחד בלבד.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן השהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במרפאה הינו כשלוש שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

לבירורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או *534 מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-15:00 בימים א'-ה', טל': 03-5305293, מייל: Neurology.Mirp@sheba.health.gov.il.

בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ'ט באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL, ב-Whats app, למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

בברכת רפואה שלמה
מרכז למדעי המוח - EMG
המרכז הרפואי שיבא
נקבע על ידי: כחלון דבורה
15:15 13/03/2022



304488510

שירותי בריאות כללית



201388634

-העתק-

תאריך: 25/04/22

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
 מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : שיבא - 46400 רפואה גרעינית - איזוטופים לקביעת תור : 03-5303030

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 304488510

המבוטח : 0020138863-4 מרציאנו מאיר אלעד
 רופא מפנה : 145313 פדידא בנימין
 סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד מש"ב	כמות
73699	מיפוי עצם ו ואו מפרק, SPECT	78320	1

תאריך זימון : 24/04/22 האישור בתוקף עד לתאריך : 24/10/22

מיכאלי אור

שם הפקיד/מנהל אדם' במרפאה

נופק ללא תשלום : תאונות דרכים
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אגא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 לתשומת לב בית החולים/המכון !
 להלן תנאי האישור להפניה :

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

בשעה ____ :

הוזמן תור לתאריך ____/____/____

ט'-17

תאריך: 08/05/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **מרציאנו מאיר אלעד**

ת.לידה: **02/11/1989**

מס בית: **3 / 21**

מס זהות: **00201388634**

שם האב: **יהודה**

טלפון: **53-2447443**

גיל: **32.06**

מין: **ז**

ישוב: **אור יהודה**

רחוב: **שד הבנים**

טלפון נוסף: **54-6351708**

סוג תאונה **1 תאונת דרכים**

תאריך תאונה **12/09/2021**

שלום רב,

תאריך ביקור: 08/05/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה: 12/09/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 32, בריא.
טיפול קבוע - ללא
ללא רגישויות
ללא מדללי דם

תאונת דרכים כנהג, פגיעה במנגנון אחורי. שיחרור ללא צורך באישפוז. נבדק מספר פעמים ע"י אורטופד - ללא פחת ניורולוגי. כעת מלין על כאבים שורפים בצוואר "ולכל אורך הגב". מציין נימול ורדימות בידיים (ללא פיזור ניורואנטומי ברור). גורם מחמיר - עבודה גורם מקל - ללא גורם מקל כאב מעיר משינה. בירור עד כה: CT עמו"ש צווארי - במ"פ EMG - לדבריו תקין ללא דגלים אדומים באנמזה.

טיפול עד כה:
פיזיותרפיה הפעלתית 12 מפגשים - אינו מסייע לדבריו.
אנלגטיקה - אינו יודע במה טופל.

אבחנות בביקור

קוד	אפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
3382		CHRONIC PAIN
7291		MYOFASCIAL PAIN SYNDROME

סיכום והמלצות:

כאב כרוני, מכאני, ככה"נ מיופציאלי בעיקרו. ללא ממצא בבדיקות לרבות CT ו EMG. בדיקה גופנית תקינה וללא פחת ניורולוגי כלל.

הוסברו אופציות טיפוליות לרבות שמרני ופולשני. אין מקום להתערבות פולשנית.

- סימבלטה - נא להתחיל טיפול בסימבלטה במינון 30מ"ג. לאחר שבוע יש להעלות ל60מ"ג באופן קבוע.
- פעילות גופנית - הוסברה החשיבות בפעילות גופנית לחיזוק מייצבי עמו"ש כגון הליכה, אליפטי, שחיה, טאי צ'י, יוגה. לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דק כל פעם

תאריך: 08/05/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	גיל:	מין:
מרציאנו מאיר אלעד	02/11/1989	00201388634	32.06	ז
ת.לידה:	שם האב:	ישוב:	רחוב:	שד הבנים
מס בית: 3 / 21	טלפון: 53-2447443	טלפון נוסף: 54-6351708		

תאריך תאונה: 12/09/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך ביקור: 08/05/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה: 12/09/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 32, בריא.

טיפול קבוע - ללא
ללא רגישויות
ללא מדללי דם

תאונת דרכים כנהג, פגיעה במנגנון אחורי. שיחרור ללא צורך באישפוז. נבדק מספר פעמים ע"י אורטופד - ללא פחת ניורולוגי. כעת מלין על כאבים שורפים בצוואר "ולכל אורך הגב". מציין נימול ורדימות בידיים (ללא פיזור ניורואנטומי ברור). גורם מחמיר - עבודה גורם מקל - ללא גורם מקל כאב מעיר משינה. בירור עד כה: CT עמו"ש צווארי - במ"פ EMG - לדבריו תקין ללא דגלים אדומים באנמנזה.

טיפול עד כה:

פיזיותרפיה הפעלתית 12 מפגשים - אינו מסייע לדבריו.

אנלגטיקה - אינו יודע במה טופל.

אבחנות בביקור

קוד	אבחנה
7242	LOW BACK PAIN
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
3382	CHRONIC PAIN
7291	MYOFASCIAL PAIN SYNDROME

סיכום והמלצות:

כאב כרוני, מכאני, ככה"נ מיופציאלי בעיקרו. ללא ממצא בבדיקות לרבות CT ו EMG.

בדיקה גופנית תקינה וללא פחת ניורולוגי כלל.

הוסברו אופציות טיפוליות לרבות שמרני ופולשני. אין מקום להתערבות פולשנית.

1. סימבלטה - נא להתחיל טיפול בסימבלטה במינון 30מ"ג. לאחר שבוע יש להעלות ל 60מ"ג באופן קבוע.

2. פעילות גופנית - הוסברה החשיבות בפעילות גופנית לחיזוק מייצבי עמו"ש כגון הליכה, אליפטי, שחיה, טאי צ'י, יוגה. לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דק כל פעם

בברכה,

טל הראל

120383

שם הרופא

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא

מסמך הרפואי ע"ש חיים שיבא- חל השומר
מנוחה ברפואת שיכון כאב
מ.ר. 120383 מ.ר.מ. 35606 מ.ר.מ. 39716



תאריך: 29/07/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	מספר רשיון:
02/11/1989	מרציאנו מאיר אלעד	00201388634	120442
ת. לידה:	ישוב:	רחוב:	גיל:
02/11/1989	אור יהודה	שד הבנים	32.09 מין: ז
מס בית: 3 / 21	טלפון: 54-6351708	טלפון נוסף: 54-6351708	

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255004748

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5255



035255004748



0201388634



120442

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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

סימנים חיוניים גובה 170 נמדד ב: 26/08/2010 משקל 78 נמדד ב: 04/10/2015 BMI 26.99
לחץ דם 121 / 72 נמדד ב: 25/03/2018
דופק 83 נמדד ב: 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך: 114.1 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אפיפון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
7840	HEADACHE	
7245	BACKACHE	
7242	LOW BACK PAIN	

בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיפון	בעיה
01/02/2000		ENURESIS
01/01/2001		SMOKER
12/09/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/09/2021		LOW BACK PAIN
19/07/2022		CHRONIC PAIN

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	אפיפון	בעיה
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

29/07/2022

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול

00201388634

מרציאנו מאיר אלעד

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

29/07/2022

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול

00201388634

מרציאנו מאיר אלעד

דוד בן גוריון, 22, פינת רח' ביאליק 2 גבעת שמואל

כתובת

דן-פ"ת

מחוז

רופאים עצמאיים - גבעת שמואל

מרפאה

תאריך: 03/08/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

מרציאנו מאיר אלעד

ת.לידה:

02/11/1989

ישוב: אור יהודה

רחוב: שד הבנים

מס בית: 3 / 21

טלפון: 54- 6351708

טלפון בוסף: 54- 6351708

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 12/09/2021

מספר הפניה ישירה: 32294000434

מספר רשיון

תז נבדק

מספר הפניה

גורם שולח



145313



0201388634



032294000434



2294

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090
70017	99249	בדיקה אורתופד עמוד שדרה	6010172

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/03/2022:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021:

ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

28/02/2022:

ללא שיפור קליני

02/03/2022:

03/08/2022:

המשך כאבי גב תחתון

תחושת נפיחות באזור עצם הזנב

מגובלות תנועות

קיבל ייעות של מרפאת כאבים 05/2022 / הומלץ על טיפול תרופתי + משככי

כאבים

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 02/03/2022:

בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022:

בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021:

לפי בירור קליני

כאבים דיפוזיים של ע"ש צווארי

ש בכל האזורים

ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים

28/02/2022:

02/03/2022:

03/08/2022:

ללא שינויים

אבחנה משוערת

קוד	אפיפון	אבחנה
7231		CERVICALGIA

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

המכון לרפואת שיכון כאב

טלפון: 03-5304576
פקס: 03-5302346
דוא"ל: Mirp.pain@sheba.gov.il

מנהל המרפאה: דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487
אח אחראי: מר דניאל פוליאקוב

סיכום ביקור

201388634 מרציאנו אלעד
בן: 32 מספר קבלה: 21634363 כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה אור יהודה 6026800
תאריך ביקור: 08/09/2022 11:20

תלונה עקרית

כאבים מוסקולוסקלטליים ממושטים.

מחלה נוכחית

בן 32, עוסק בשיפוצים.
לפני כשנה לדבריו ת"ד במנגנון צליפה.
מאז סובל מכאבים ממושטים עמ"ש צווארי וגבי. נמלולים באזור ידיים ורגליים.
פיזור שאינו דרמטומלי. החל טיפול במדרסים.
שינה מופרעת.
נבדק בקהילה ע"ד הראל - הומלץ על התחלת טיפול בסימבולטה.
ניסה והגיע ל 60 מ"ג. ללא הטבה משמעותית.
CT עמ"ש לומברי - למעט סקוליוזיס קלה ללא ממצא מסביר.
אורטופד המליץ על בדיקת ראומטולוג.

הוראות

סיכום ביקור

כאבים מוסקולוסקלטליים ממושטים לאחר ת"ד.

ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

המלצות

המלצה: נא להתחיל טיפול בליריקה יש להתחיל מ 75 מ"ג פעם ביום לשבוע ימים. אם אין תופעות לוואי לעלות ל 75 מ"ג פעמיים ביום לשבוע ימים. אם אין תופעות לוואי לעלות למינון קבוע של 150 מ"ג פעמיים ביום. אם יש תופעות לוואי קלות ניתן לעלות במינון לאט יותר. אם יש הקלה לפני הגעה למינון היעד אין צורך לעלות עוד, ויש להמשיך במינון האחרון היעיל. אם ישנן תופעות לוואי משמעותיות (מעבר לעייפות וסחרחורת קלות) יש להפסיק את הטיפול.

מדלי דם

מוזמן לפעולה: לא



תאריך: 03/08/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר זהות:	גיל:	מין:
שם: מרציאנו מאיר אלעד	ת.לידה: 02/11/1989	00201388634	32.09	ז
מס בית: 3 / 21	טלפון: 54-6351708	רחוב: שד הבנים	טלפון נוסף: 54-6351708	

תאריך תאונה 12/09/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294000434

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2294



032294000434



0201388634



145313

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090
70017	19249	בדיקה אורתופד עמוד שדרה	6010172

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/03/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021

ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

28/02/2022

ללא שיפור קליני

02/03/2022

03/08/2022

המשך כאבי גב תחתון

תחושת נפיחות באזור עצם הזנב

מגובלות תנועות

קיבל ייעוץ של מרפאת כאבים 05/2022 / הומלץ על טיפול תרופתי + משככי כאבים

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 02/03/2022

בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022

בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021

לפי בירור קליני

כאבים דיפוזיים של ע"ש צווארי

ש בכל האזורים

ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים

28/02/2022

02/03/2022

03/08/2022

ללא שינויים

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7231	CERVICALGIA

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

03/08/2022

הודפס ע"י בנימין פדידא

00201388634

מרציאנו מאיר אלעד

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/03/2022:
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/02/2022:
 ההפניות שהופקו ב 06/10/2021:
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה - 80074-
 טיפול פיזיותרפי פרטני
 28/02/2022:
 ביקורות חוזרות עם תוצאות הדיקת CT
 02/03/2022:
 בירור מיפוי עצמות + EMG ידיים
 ההפניות שהופקו ב 02/03/2022:
 הפניה לדימות - 73699-מיפוי עצמות- SPECT
 03/08/2022:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2000		ENURESIS
01/01/2001		SMOKER
12/09/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
12/09/2021		LOW BACK PAIN
19/07/2022		CHRONIC PAIN

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER
19/07/2022	01/01/2001		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	DULOXETINE TAB 60MG 60MG

הערות: תודה על חוות דעת שלכם לגבי המשך הטיפול בכאבי גב

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

145313

בנימין פדידא

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 8 אוגוסט, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 201388634

שם נבדק/ת: מרציאנו, מאיר אלעד

תאריך בדיקה 01/08/2022

טלפון: 054 - 6351708 054 - 6351708
רופא מפנה/מטפל: ד"ר בלומר בנשימול סמוא

כתובת: אור יהודה, שד הבנים 21
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: לע

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני-סקרלי מגובה D12 עד הסקרום כולל:

סיבת ההפניה: כאב גב תחתון.

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שיחזורים.

א. לפי הפלנר: מודגמת עמדה לורדוטית תקינה.

ב. בחתכים אקסיליים:

בגובה L1-L2: מיבנה גרמי תקין.
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L2-L3: מיבנה גרמי תקין.
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L3-L4: מיבנה גרמי תקין.
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L4-L5: מיבנה גרמי תקין.
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L5-S1: מיבנה גרמי תקין.
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 8 אוגוסט, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 201388634

, מאיר אלעד

שם נבדק/ת : מרציאנו

תאריך בדיקה 01/08/2022

בסיכום:

ללא ממצא חריג.
לציין: סקוליוזיס קלה.
לא הודגם ממצא חבלתי.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568



לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2

לכבוד הרבנים בראש - 1 -
תאריך 26/10/22
הנדון: מאור / כריסל / אלד
מס' ת.ז.: 201 388 834

דן 33
הובא לפני את פתק אצבעון
גמול - צבידן אכני ספ.פ.
במסגרת פגישת בדיקת דם כחול
צוינו, שנים את המומה - גמול
כוכב / צבידן

בדיקה אין ראש / אורטיק
ע תפלה - לבס דנקונגה

Tender points
ה מומה הפקונגה - הנה
Fibromyalgia

אך צינור מוצב גם בניהם
א ופגזי כבד - 505 - 100
505 - 309, שנה אכילת
ואתה גמול.

בברכה,
פרופ' דן בוסקילה

לכבוד _____ תאריך _____
 הגדון: _____
 מס' ת.ז.: _____

- (1) נא לשלוח דגימה אל בעינין
 א. הכבד, ב. כלי, ג. חלבון, ד. חומצת חנקן, ה. חומצת חנקן
 א. הכבד, ב. כלי, ג. חלבון, ד. חומצת חנקן, ה. חומצת חנקן
- (2) נא לשלוח דגימה אל
 חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
- (3) חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
 חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
- (4) ~~חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן~~
 anti-HCV, Hcore, HbS, HbA1c, HbA1c, HbA1c
- (5) חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
 חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
- (6) חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
 חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
- (7) חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן
 חלבון, כבד, חומצת חנקן, חומצת חנקן, חומצת חנקן

בברכה,
 פרופ' דן בוסקילה



תאריך

3-

לכבוד

הנדון:

מס' ת.ז.:

⑧ הא' כול - מתנה ואמסא

⑨ בישן מתן רואטאל



בברכה,

פרופ' דן בוסקילה

פרופ' דן בוסקילה
 מומחה לרפואה פנימית
 וראומטולוגיה

נספח 3 :

תעודות רפואיות תובעת 2

(עמודים 56 עד 68)



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

מכתב שחרור

204728166 מרציאנו נטלי

בת: 29

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה . אור יהודה 6026832

מספר קבלה: 00710112092021

תאריך ביקור: 12/09/2021 08:56

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

בריאה בדרך כלל

לא ידוע על ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 29 מעורבת בתאונת דרכים ישבה ליד הנהג, לדבריה רכב פגע ברכבם

מאחור, לא נפתחו כריות אוויר,

תלונות על כאבי גב ובטן, בחילות, חולשה

ברקע בריאה.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
09:22 12/09/2021	4				
09:13 12/09/2021		37	83	127/80	98

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:12 12/09/2021

בת 29 בריאה בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. ללא רגישות לתרופות או מאכלים ללא רקע ניתוחי לפני שתיים ת"ד ברכב כנוסעת יושבת ליד הנהג, מנגנון אחורי, רכב פגע מאחור במהירות כ- 50 קמ"ש. ללא אובדן הכרה או חבלת ראש ישירה. שולל חבלה או כאבים בחזה או בטן, יצא מהרכב בכוחות עצמה, פנתה למיין באופן עצמאי מצינת אירוע בודד של הקאה לאחר סחרורות שחלפה, ללא טשטוש ראיה, ללא חוסרי תחושה כעת מלינה על כאבי בראש והגב בבדיקה ראש ללא סימני חבלה חיצוניים ניוירולוגיה גסה תקינה- ללא חוסרים בעצבים קרניאליים, תחושה שמורה בכל הפיזורים, כוח גס שמור בכל התחתונות, תפקודי מוחון תקינים ללא חבלתו בבית חזה בטן אגן יציב, ללא רגישות בעמוד שדרה לכל אורכו, לציין רגישות פאראורטבראלית מימין בעמוד שדרה צווארי ומותי מניעה 4 גפיים תאונת דרכים בקינמנטיקה קלה ללא חבלת ראש ישירה ללא דגלים אדומים בסיפור אנטנסיטי או בבדיקה גופנית אינה זקוקה השלב זה להדמייה מתקדמת במסגרת המיון לפי קאנידיאן סקור תשתחרר לביתה לאחר שהוסברו הדגלים האדומים בגינם יש לשוב למיון לרבות הקאות מרובות, טשטוש ריאה חדש, נפילה של חפצים וסימפטומים ניוירולוגים תקינים

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



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

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
תחום יחוס לנבדקים בצום בלבד	8.1-10.4	mg/dl	10.0	12/09/21 09:45	Calcium -Blood, total
תחום יחוס לנבדקים בצום בלבד	2.0-4.0	mg/dl	3.30	12/09/21 09:45	Phosphorus -Blood
תתכן ירידה של כשלושים אחוז אם בוצע בסמוך לנטילת אופטלגין	2.6-6.0	mg/dl	3.6	12/09/21 09:45	Uric acid -Blood
	0.1-1.1	mg/dl	0.94	12/09/21 09:45	Bilirubin -Blood, total
	7-40	IU/l	19	12/09/21 09:45	SGOT (AST) -Blood
	7-45	IU/l	9	12/09/21 09:45	SGPT (ALT) -Blood
	100-260	IU/l	123	12/09/21 09:45	LDH -Blood
	45-115	IU/l	73	12/09/21 09:45	Alkaline Phosphatase -Blood
	7-39	IU/l	14	12/09/21 09:45	gamma GT -Blood
	6.5-8.2	g/dl	7.6	12/09/21 09:45	Protein -Blood, total
	3.6-5.5	g/dl	4.4	12/09/21 09:45	Albumin -Blood
	2.3-3.5	g/dl	3.20	12/09/21 09:45	Estimated Globulin -Blood
	275-295	mOsm/KgH2O	294	12/09/21 09:45	Osmolality (calc.)
	20-90	IU/l	92 ↑	12/09/21 09:45	Amylase -Blood
תתכן ירידה של כשלושים אחוז אם בוצע בסמוך לנטילת אופטלגין	7-60	IU/l	14.4	12/09/21 09:45	Lipase, pancreatic
	0-5	mg/l	0.84	12/09/21 09:45	CRP-Inflammatory

בדיקות הריון

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
מבוצע במעבדה העל אוטומטית	5	IU/l	<0.5	12/09/21 09:45	Beta HCG Screening

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

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



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

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
12/09/2021 10:27	דר' קייזר מתן מ.ר. 157639	המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע משככי כאבים לפי הצורך ולפי מינוני מקובלים בכל מקרה של החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי 3 ימי מחלה	

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
oral sol 1000 mg	12/09/2021 09:24 מימון משה אורלי	Once	OPTALGIN oral sol oral sol 1000 mg

Hila Mairi

12/09/2021 10:27:34

[Handwritten Signature]
חתימה:

DocuSign

נחתם ע"י: דר' קייזר מתן מ.ר. 157639

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
דבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין 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 יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חינם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

06/10/2021 תאריך

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

פרטי המטופל

מספר נטלי	00-20472816-6	29.03	נ	25/06/1992	ישראל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	שד הבנים	21 / 3	54	2081232	54 - 2081232
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 35207190865

גורם שולח



5207

מספר הפניה



035207190865

תז נבדק



0204728166

רשיון רופא



021164

שירות שנבחר

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

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/09/2021:
לאחר ביקור במיון אתמול עקב תאונת דרכים - מנגנון תאונה אחורית, במיון ללא ממצא חריג שוחררה עם טיפול אנלגטי ומנוחה בבית, כעת מבקשת מרשם למשככי כאבים.
הוזמנה למרפאה
06/10/2021
מאז תאונה כאבי צוואר וגב עליון וגב אמצעי
ROKACET PLUS ללא הטבה

סימנים חיוניים: גובה 154 26/05/2020 משקל 57 26/05/2020 bmi 24.03

לחץ דם 100 / 60 26/05/2020

דופק 70 26/05/2020

13/03/2012 מתאריך 131.18 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
04/08/2021		COVID-19 coronavirus home care
15/08/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient

רגישויות

7 ה.ר.ר

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר פימה גורן 00-20472816-6

מרציאנו נטלי

06/10/2021 תאריך

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

פרטי המטופל					
מספר	00-20472816-6	ת. לידה	25/06/1992	שם האב	ישראל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	29.03	מין	נ
שד הבנים	21 / 3	טלפון	54 -2081232	טלפון נוסף	54 - 2081232
אור יהודה	רחוב	מס בית	טלפון	ישוב	

מספר הפניה:	35207190865	תז נבדק	רשיון רופא
גורם שולח	מספר הפניה	0204728166	021164
5207	035207190865		

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

WHIPLASH INJURY



תלונות / סיבת הפניה
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/09/2021:
לאחר ביקור במיון אתמול עקב תאונת דרכים - מנגנון תאונה אחורית, במיון ללא ממצא חריג שוחררה עם טיפול אנלגטי ומנוחה בבית, כעת מבקשת מרשם למשככי כאבים.
הוזמנה למרפאה
06/10/2021
מאז תאונה כאבי צוואר וגב עליון וגב אמצעי
ROKACET PLUS ללא הטבה

סימנים חיוניים:
גובה 154 26/05/2020 משקל 57 26/05/2020 bmi 24.03
לחץ דם 100 / 60 26/05/2020
דופק 70 26/05/2020

13/03/2012 מתאריך 131.18 eGFR

בעיות פעילות		
מ. גילוי	איפיון	בעיה
04/08/2021		COVID-19 coronavirus home care
15/08/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient

רגישויות

ס.ה.ר. 7

תאריך: 13/04/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל					מרציאנו נטלי	
00-20472816-6	29.09	נ	25/06/1992	ישראל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שד הבנים	אור יהודה
21 / 3	מס בית	54	2081232	050 - 6276749	רחוב	ישוב
		טלפון	טלפון	טלפון נוסף		

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210492804 מספר זיהוי הפניה: 35207190865

תאריך הפניה: 06/10/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים ת. תאונה: 12/09/2021

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר פימה גורן רשיון רופא: 21164

מרפאה: מרפאת גיורא

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
מרכז			WHIPLASH INJURY

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 11/10/2021 תאריך סיום טיפול: 13/04/2022

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 7 קבוצתי: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
3	הדרכה לתרגול בבית
4	תרגול כללי
2	טיפול ב-TENS
3	הערכה מחדש- בדיקה
5	קבוצת רביע תחתון
2	קבוצת גב

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	מרכז	7	7

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: קושי להתכופף, כאב וצוואר כואבים.
הודרכה לתרגל וללכת.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 13/04/2022
 30/03/2022
 30/03/2022
 02/03/2022
 23/02/2022
 16/02/2022
 09/02/2022
 02/02/2022
 30/01/2022
 17/11/2021
 08/11/2021
 11/10/2021

כלית מוחית
 ענבר כרוב
 מ.ה. 88
 פתוחות
 פתוחות

10140019

חתימה וחותמת

מספר רשיון

מקסים קיט

שם מטפל



מס' זהות: 0204728166
טל' ניד: 0542081232
טל' בבית: 0542081232

לכבוד:
נטלי מרציאנו
שר הבנים 21, דירה 3, אור יהודה
אור יהודה
6026832

הזמנה למכון לרפואת שיכור כאב

הנך מוזמן/ת לד"ר שם-טוב ליאור

ביום שני 12/09/22 בשעה 08:40

מיקומנו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומה 1.
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום ב-waze "חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".

הנחיות לביקור:

- חובה להגיע עם מזהה עם תמונה (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון).
- יש להביא התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

קוד בדיקה	תיאור
99242	בדיקת רופא מומחה
64400	הזרקת חומר הרדמה לעצב, כגון לידוקאין

• במידה ותגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,000 ש"ח) ל-21 יום.

המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים – יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- יש להביא מסמכים רפואיים עדכניים כולל רשימת תרופות וצילומי רנטגן מפוענחים.

לתשומת ליבך:

- חובה להגיע עם מלווה.
- במידה והמטופל אינו כשיר- חובה כי יהיה מלווה ע"י אפוטרופוס/ מיופה כח כדין שיציג צו מינוי לאפוטרופוס, או ייפוי כח מתמשך.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן השהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במכון הינו עד שלוש שעות, למען קיצור שהייתך אנא הימנע מלהקדים.

לבידורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5303106 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00 או במייל mirp.pain@sheba.gov.il.
בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ"ט באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL, ב-Whats app, למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

בברכת רפואה שלמה
ביקור רופא-מרפאת כאב
המרכז הרפואי שיבא
נקבע על ידי: שמש מעיין
10:52 08/09/2022

תאריך: 03/08/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	מרציאנו נטלי
מס זהות:	00204728166
גיל:	30.01 מין: נ
ת.לידה:	25/06/1992
מס בית:	21 / 3
ישוב:	אור יהודה
רחוב:	שד הבנים
טלפון:	54- 2081232
טלפון נוסף:	54- 2081232

מספר הפניה ישירה: 32294000435

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
145313	0204728166	032294000435	2294

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

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי		10304010
70005	99242 בדיקה רפואית - כאב		70090

המטופל מתלונן על
כאבים כרוניים של הצוואר
התחילו לפני כחודש
בריאה בדר"כ
ללא שיפור ע"י רפואה משלימה
מציינת סיפור של ת"ד לפני כ-10 חודשים / WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
7231		CERVICALGIA

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
14/11/2021		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
15/08/2021	04/08/2021		COVID-19 coronavirus home care
15/08/2021	15/08/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient

דוד בן גוריון, 22, פינת רח' ביאליק, 2 גבעת שמואל

כתובת

רופאים עצמאיים - גבעת שמואל מחוז דן-פ"ת

מרפאה

תאריך: 03/08/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר הפניה:	מס זהות:	גיל:	מספר רשיון:
שם משפחה ופרטי:	מספר רשיון:	מספר הפניה:	מס זהות:	גיל:	מספר רשיון:
ת.לידה:	ישוב:	אור יהודה:	רחוב:	שד הבנים:	טלפון נוסף:
מס בית:	טלפון:	54-2081232:	טלפון נוסף:	54-2081232:	

גורם שולח



2294

מספר הפניה



032294000436

תז נבדק



0204728166

רשיון רופא



145313

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה כאבים כרוניים של הצוואר

התחילו לפני כחודש

בריאה בדר"כ

ללא שיפור ע"י רפואה משלימה

מציינת סיפור של ת"ד לפני כ-10 חודשים / WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
14/11/2021		VITAMIN D DEFICIENCY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
15/08/2021	04/08/2021		COVID-19 coronavirus home care
15/08/2021	15/08/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טיפות	VITAMIN D3 D.H DRP 400U 15ML 400UNIT 4	

מטרת הבדיקה: טיפול בכאבי צוואר

שם הרופא	מספר רשיון
בנימין פדידא	145313

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

ד"ר בנימין פדידא
כחורמה אורתופדיה
מ.ר. 313

הערות: CT ע"ש צווארי / בירור במני גרמי - לשלול סימני לחץ במריכבים עצביים
חוות דעת של מרפאת כאבים בהמשך

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

145313

בנימין פדידא

ד"ר בנימין פדידא
כחורגיה אורטופדיה
מ.ר. 145313
חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



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

המכון לרפואת שיכור כאב

טלפון: 03-5304576
פקס: 03-5302346
דוא"ל: Mirp.pain@sheba.gov.il

מנהל המרפאה: דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487
אח אחראי: מר דניאל פוליאקוב

סיכום ביקור

204728166 מרציאנו נטלי
בת: 30 מספר קבלה: 21634332 כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה אור יהודה 6026832
תאריך ביקור: 10:20 08/09/2022

תלונה עקרית

כאבי צוואר שכמות

מחלה נוכחית

בת 30, אשת חינוך.

מתקשה בעמידה ממושכת. מופלת ברפואה משלימה מזה מספר חודשים. ללא הטבה.

טיפול תרופתי לכאב: ארקוקסיה לפי הצורך.

כאבים התחילו לפני שנה. מתארת כאבים באזור צוואר ושכמות דו"צ.

פיזיותרפיה - ביצעה, ללא הטבה.

ביצעה CT עמ"ש צווארי - בקע דיסקלי קטן C2-3.

הייתה תאונה לדבריה לפני כשנה. מנגנון צליפה.

ברקע - בריאה בד"כ.

ללא טיפול תרופתי קבוע.

אלרגיות - שוללת.

רגישות דיפוזית באזור זוקפי הצוואר והטרפזים דו"צ.

הוראות

בריאה בדרך כלל

לא ידוע על ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

המלצות

המלצה: בבצע סדרה של 3 הזרקות לנקודות הדק.

המשך רפואה משלימה

מדללי דם

מוזמן לפעולה: לא

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא ת"ש
ד"ר לאור שם-טוב
מומחה בורדמה
מתמחה ברפואת שיכור כאב
מ.ר. 121479 מ.ר. 37616

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 31 אוגוסט, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: מרציאנו , נטלי
תאריך בדיקה: 15/08/2022
כתובת: אור יהודה , שד הבנים 0021
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: רא
לכבוד:
הרופא המטפל:
ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צוארי בגבהים C1-D1:

גובה של החוליות שמור .
עמדה לורדוטית תקינה .
מבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי .
רקמות רכות פארא ורטבלריות תקינות .

בגובה C1-C2: דנס בעמדה תקינה . מרווח אטלנטו דנטלי שמור . תעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C2-C3: בקע דיסקי אחורי מרכזי קטן . נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C3-C4: אין עדות לבקע דיסקי . נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C4-C5: אין עדות לבקע דיסקי . היצרות פורמינה נאורלית שמאלית במידה קלה .
תעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C5-C6: אין עדות לבקע דיסקי . נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C6-C7: אין עדות לבקע דיסקי . נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין .

בגובה C7-D1: אין עדות לבקע דיסקי . נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין .
בנרחה,

ד"ר אלונה אפטר
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 98584 מ.ר.מ. 3301

**לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.**

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 70 עד 70)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23 /

בבית משפט השלום
בכפר סבא

אלעד מרציאנו - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אלעד מרציאנו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, בתחום הנירולוגי בתחום רפואת הכאב ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

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

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 5 :

טופס 1 - מינוי מומחים - התובעת 2

(עמודים 72 עד 72)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

נטלי מרציאנו - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובעת, נטלי מרציאנו, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר 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



נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 74 עד 81)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה מזכרון שם פרטי מאיר/אחיה תעודת זהות 201388634 יחידה יבנה
 שם רחוב הגנים מס' 21/3 עיר אריאל מיקוד 0546351708 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 הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות 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 הבריאות 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 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: _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 1.3.23 עד לחתימה ומס' תעודת זהות 62254 חתימה: X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מאיר אלעזר מנצח,
ת.ז. מס' 201388634, מרחוב _____,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 12.9.21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 2023

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 2047786 מס', 16 שנים, 21 ארץ, 2047786 מרחוב, 21 ארץ, 2047786 מס',
ת.ז. מס' 2047786, מרחוב 21 ארץ, 2047786 מס',
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 12.9.21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

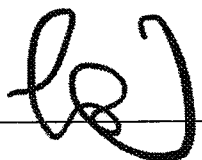
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 2023

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

ר"ד אריאל פרימברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אלדד מרצ בעל ת.ז. 201388634 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אחיה 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: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ 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: _____

X אלדד מרצ
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אלדד מרצ מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.3.23
הופיע/ה בפני אלדד מרצ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהוזהר/תה בתעודת זהות מס'
201388634 ולאחר שהוזהר/ת/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

טופס 2
(תקנה 2)

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

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

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

X לב
חתימה

אני החי"מ עו"ד מרצב, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.3.23
הופיעה בפני שבת ציון (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
20496488 ולאחר שהזהרתיו/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

~~חתימת עורך העדן~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה <u>1/1032</u>	שם פרטי <u>16</u>	תעודת זהות <u>204721166</u>	שם האב _____
רחוב <u>א.מ.</u>	מס' <u>21/3</u>	עיר <u>י.י. 99</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 הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 1.3.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X