

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

29.9.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: שליח הימון, ת.ז. 324194042
תאונה מיום: 18.8.23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמציאת זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום**, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- ☞ לנחותות, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 4 1 9 4 0 4 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☐ שכיר	☐ עצמאי
☐ מתנדב	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

הימן: _____ שלי עמ: _____

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר):
3 2 4 1 9 4 0 4 2

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: 0 5 3 6 2 3 2 3 6 9

דואר אלקטרוני: hymnslyw@gmail.com

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר: _____ שם פרטי איש קשר: _____

מס' זהות איש קשר: _____

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: _____

תפקיד התובע במקום העבודה: _____ שליח: _____

קובר תל אביב בע"מ

רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____ ישוב: _____ מיקוד: 6618360

מנחם בגין 144

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ מספר פקס: _____

0 3 1 1 1 1 1 1

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית ביןך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק: _____ סוג העיסוק: _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון פקס: _____

הופק ע"י חיל בתאריך 26/09/2023

צ"ב

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל

☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס

☐ משטרה ☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, גא צרף העתק ממכתב הדחיה.

פרטי הפגיעה			
שעת הפגעת עבודה	תאריך הפגעת עבודה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
	17:15	ש	18082023 שנה חודש יום
היכן אירעה הפגיעה?			
☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)			
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצייר גיליון מספר), נא פרט			
נכחתי את הא/מ"מ נאצי ונחלת האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: רכבי מ, נאצי מ			
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה			
שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה
			18082023 שנה חודש יום

4 פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע אלן, נעים ירימ זרע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) שחיה, חתכים וחבלות	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי) א. כילוק
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה 18.08.2023 שנה חודש יום	תקופת אשפוז שעה	שם בית החולים / מחלקה א. כילוק
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ כן, פרט ☐ לא		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
	ר. כ	טלפון המרפאה

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע א. כילוק מייצג	כתובת אלן, נעים זרע	טלפון 03-7412354
---------------------------------	------------------------	---------------------

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן
 תביעה נגד שם עורך הדין המטפל
 כתובת מס' טלפון
 מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף
 התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי ☐ בעיר מס' תיק אזרחי

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה
 ☐ חופשה
 ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/מוסד * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך		מתאריך	
10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 יום חודש שנה	18 05 2023 יום חודש שנה	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה
עד שעה 123456789101112	משעה 123456789101112	עד תאריך 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה	מתאריך 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה
עד שעה 123456789101112	משעה 123456789101112	עד תאריך 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה	מתאריך 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 יום חודש שנה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ תזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה
 ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלוח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בבנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה X

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטין רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שליח עמ הימן

שם הבנק: בנק אוצר החייל בע"מ

אוצה"ח - כפר גנים

שם הסניף / כתובת: 317

מס' סניף: 000229397

מספר חשבון:

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שימי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 28.9.23 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.

הופק ע"י חיל בתאריך 26/09/2023

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: תל אביב
 שעת הפגיעה: 17:15

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: השליח ככל הנראה סיים לספק משלוח

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: שליחויות

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שליח	שליחויות	גד שפירא	ראש צוות
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	12:05	17:00

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי: 9 3 6 2 6 0 9 6 7 0 0

שם המפעל / המעסיק: סקובר תל אביב בע"מ

תאריך תחילת עבודה: 24/07/2023

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: _____ היקף המשרה ב-%: _____ שעותי משתנה: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת הנעדרות: _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		הערה:
		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	
חודש 07/2023	5.00	☒ יומי	☐ חודשי	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות
חודש 08/2023	14.00	☒ יומי	☐ חודשי	שית דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש _____		☐ יומי	☐ חודשי	
חודש _____		☐ יומי	☐ חודשי	

☒ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך: _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט: _____

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____ סלן

שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא

שם איש קשר לביחור פרטי שכר: _____ בטלי נאור _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 26/09/2023 שם ותפקיד החותם: נעלי נאור חשבת שכת"מ וחותמת

סקובר תל אביב בע"מ ח.מ. 515934009

הופק ע"י חיל בתאריך 26/09/2023

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 1.91

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

טקסבור תל-אביב בטיח
ח.מ. 515934099

תאריך 26/09/2023 תפקיד החותם חשבת שכר שם החותם נטלי נאור חתימה וחותמת *

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במסח הישן)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	324194042	2023/08/26
שם משפחה	שם פרטי	חבר בקופת חולים
ה	יוסף	
☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך: 28.9.23 חתימת המבוטח: *

הופק ע"י חיל בתאריך 26/09/2023

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך ניירוכירורגי
מנהל/ת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה ניירוכירורגיה	מנהל מחלקה: דר' שפירא יובל מ.ר. 38344	אח/ות אחראי/ת: מרואן עבד אלנבי
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 21	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה 4228807

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12981057

תאריך קבלה למחלקה: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז במחלקה: 3

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 3

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 20/08/2023 שעה: 14:17
עד השחרור: לביתו/ה - עצמאי

רופא בכיר אחראי

רופא: דר' שחר טל מ.ר. 37522

אבחנות ניירוכירורגיה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
SKULL FRACTURE	803.00			✓			

תלונה עקרית

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא בד"ר
דומינטיות ימנית
ללא טיפול תרופתי קבוע
ללא מדללי דם

מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קלירנס כיורוגי בחדר הלב עם FAST שלילי.
שפשוף רבים.

בדיקה ניירולוגית - שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור, GCS 15, מניע 4 גפיים כח גס שמור.

הדמייה CT

שם: שליו הימן	ת"ז: 324194042	מקרה: 12981057	מחלקה: מחלקה נירוכירורגיה
---------------	----------------	----------------	---------------------------

קו שבר עדין אוקסיפיתלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין
ללא דמם

ת
בדין כונן ד"ר טל שחר יתאשפז למחלקתנו להמשך השגחה
אנא לסיים את כלל היעוצים טרם העלתו אל מחלקתנו
ספירה, כימיה, קרישה, צלח, אק"ג

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: כ

סיכום דיון

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקת GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפיתלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין.

שחרר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדין עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משיביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה:

ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש.

ביצוע CT מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת.
משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות - יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	2 X ביום	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)
✓				7 ימים	1 X ביום	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)

תמונות



תמונות

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר שפטובסקי דוד מ.ר. 171090	רופא/ה מתמחה	20/08/2023 14:33

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר שחר

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מרכז הזכויות בבית החולים איכילוב מממין אותך לבדיקה וסיוע במיצוי זכויותיך בגין שינוי במצב בריאותי, **ללא תשלום!**
השירות ניתן מטעם משרד הבריאות והמשרד לשוויון חברתי

כתובתנו - בית החולים איכילוב, מגדל אשפוז אריסון, קומת קרקע (לובי הפסנתר) במרכז המידע והשירות
מרכז מיצוי זכויות (עד גיל פרישה): 03-6947888 מייל: Zchuiot.sourasky@moh.gov.il בימים א-ה בין השעות 10:00-18:00
יחידת סגולה (מעל גיל פרישה): 03-6947680 מייל: sgula@tlvmc.gov.il בימים א-ה בין השעות 08:00-16:00

אנחנו כאן בשבילכם!

ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			

מס. טופס	7562001128
----------	------------

בתוקף מ: 21/08/2023
עד: 20/10/2023

הבדיקה הדחשה: CT ראש / מח - CT10001

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

• תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בד"כ דומינטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קליינס כירורגי בחדר הלב עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. GCS 15, בדיקה נירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור

CT הדמיה

תפיחות רקמתית פרונטלית ופריאוריטלית מימין.

תפיחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת, מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי לאור מצבו הכללי משביע הרצון משחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

שאלות לבדיקה:

לאחר החבלה הנ"ל, נדרש CT לביקורת

רופא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון:	21693
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	09-8917733
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		



לכבוד

הימן שליו

גורדון 9

נתניה, 4228807

20.08.23



32419404-2

מס' זימון: 00000000

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה נוירוכירורגית

מר/גב' **הימן שליו** 32419404-2 מוזמן/ת ביום שלישי **05/09/2023** לשעה **10:45**
למרפאה נוירוכירורגית בבנין הראשונים קומה 5.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9269	בדיקת רופא נוירוכירורג - א5	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח).
- הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים.
- התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר.
- חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית.
- במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.

אנא
הקפד
להביא

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

מס' טלפון מרפאה: 03-6974000
מס' פקס מרפאה: 074-7219824
דוא"ל מרפאה: nes-c@tlvmc.gov.il

פרטי
התקשרות

1. חולים לאחר אשפוז-יש להביא העתק דו"ח סיכום מחלה של האשפוז האחרון!
2. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 עד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 עד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
3. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.

הערות

4. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: <https://cdi.tasmc.org.il/custom>

5. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
6. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך נירוכירורגי
מנהל/ת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה נירוכירורגיה	מנהל/ת המרפאה: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 22	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה נתניה 4228807

נתוני ביקור - תאריך: 05/09/2023 שעה: 11:05 מספר ביקור: 43098294

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

תלונה עקרית

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקתו GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין. שוחרר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדיון עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

מרפאה 5.9.2023 -

=====

הגיע לביקורת כעת ללא סיטי חדש - בפועל אין הצדקה.

מרגיש סה"כ טוב, ללא כאבי ראש.

הסברתי שאין צורך להשלים CT נוסף

בשלב זה סיים השגחתנו

להקפיד להימנע מחשיפה לשמש, לאור פגיעה ושפשופים משמעותיים בפנים.

סיכום דיון

סודי רפואי

שם: שליו הימן	ת"ז: 324194042	ביקור: 43098294	תאריך: 05/09/2023	מרפאה נויורכירורגיה
---------------	----------------	-----------------	-------------------	---------------------

מעקב לאחר חבלת ראש עם שבר, CTV תקין

סיים מעקבנו

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: פנייה לרופא משפחה עם מכתב זה
-אין צורך בהדמיות נוספות או המשך מעקב מרפאה
-להימנע מחשיפה לשמש באזור השפשופים בפנים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	ביום 1 X	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)
✓				7 ימים	ביום 2 X	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)

תמונות

נחתם ע"י: דר' קרפוב יבגני מ.ר. 140626

חתימה: _____

ת"ז: 1-32419404/2 שם מבוטח: שליו עמי הימן מין: זכר ביטוח: שיא טלפון: 053-6232369 סלולרי: 053-6232369 ת.לידה: 31/08/2001 גיל: 22.0 כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

148.00

בקבוצת סיכון בינונית 130 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה 100 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה במיוחד 85 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בכל מקרה יש

להיוועץ עם הרופא המטפל באשר לערך המטרה הרצוי

MAGNESIUM

1.85 MG/DL (1.60- 2.60) (*.....)

TRIGLYCERIDES

71.00 MG/DL (35.00- 170.00) (*.....)

GFR(ESTIMATED)

127.40

(יחידות: 1.73M2/ML/MIN)

חושב לפי נוסחת

עבור נבדקים מעל גיל 18 CKD-EPI

לא מתאים לנשים

הרות

TSH

2.45 μ IU/mL (0.35- 4.94) (...*.....)

VITAMIN B12

699.00 PG/ML (187.00- 1060.00) (....*.....)

B12 PG/ML יתכן חסר ב ויטמין

בין 187 ל 300

יש לקבל החלטה

בהתאם למצב הקליני

אין צורך לחזור על

הבדיקה תוך כדי טיפול

VITAMIN D 25-OH

29.30 NG/ML

VIT.D 25-OH < 10 NG/ML = SEVERE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 10 - 19 NG/ML = MILD TO

31/08/2001 ת.לידה:

053-6232369 סלולרי:

שיא ביטוח:

053-6232369 טלפון:

זכר

מין:
מיקוד:

52653

שם מבוטח: שליו עמי הימן

22.0

גיל:

MODERATE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 20 - 50 NG/ML = SUFFICIENT
LEVELS (30-50 NG/ML OPTIMUM LEVELS)

VIT.D 25-OH 51 - 80 NG/ML = INCREASED RISK
OF HYPERCALCIURIA

VIT.D 25-OH > 80 NG/ML = TOXICITY
POSSIBLE

WBC

6.30 K/UL

(4.00- 10.00)

(..*.....)

IMMATURE GRANULOCYT

ES
0.02

K/UL

(0.00- 0.09)

(.*.....)

IMMATURE GRANULOCYT

ES %
0.30

%

(0.00- 0.62)

(...*.....)

NEUTROPHILS

3.70 K/UL

(1.80- 6.60)

(...*.....)

NEUTROPHILS %

58.90 %

(46.00- 68.00)

(...*.....)

LYMPHOCYTES

1.80 K/UL

(1.10- 3.50)

(..*.....)

LYMPHOCYTES %

28.60 %

(15.00- 45.00)

(...*.....)

MONOCYTES

0.50 K/UL

(0.08- 0.90)

(....*.....)

MONOCYTES %

8.00 %

(2.00- 10.00)

(.....*..)

EOSINOPHILS

0.21 K/UL

(0.00- 0.60)

(..*.....)

EOSINOPHILS %

3.40 %

(0.00- 6.00)

(....*.....)

BASOPHILS

0.05 K/UL

(0.00- 0.15)

(..*.....)

BASOPHILS %

0.80 %

(0.00- 1.50)

(....*.....)

RBC

5.34 M/UL

(4.30- 6.00)

(.....*...)

HEMOGLOBIN

15.10 G/DL

(13.50- 17.50)

(...*.....)

HEMATOCRIT

44.70 %

(38.00- 50.00)

(....*.....)

ת.לילה: 31/08/2001

סלולרי: 053-6232369

שיא ביטוח:

053-6232369

טלפון:

זכר מיקוד: 52653

מין:

שם מבוטח: שליו עמי הימן

גיל: 22.0

ת"ז: 1-32419404/2

כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

MCV	83.70 FL	(80.00- 98.00)	(.*.....)
MCH	28.30 PG	(27.00- 33.00)	(.*.....)
MCHC	33.80 G/DL	(32.00- 35.50)	(...*....)
RDW	12.80 %	(11.00- 16.00)	(..*.....)
NRBC	0.00 K/UL	(0.00- 0.01)	(*.....)
NRBC%	0.00 %	(0.00- 0.10)	(*.....)
PLATELETS	219.00 K/UL	(150.00- 400.00)	(.*.....)
PLATELET-LARGE CELL	RATIO 37.70 %		
	N.R. 19.4-43.7%		
MPV	11.50 FL		
	N.R 6.5-11.5 FL		

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נוסע	322371360	איתן אופק	03/01/2001	ת"א - יפו, מח"ל 20	הדסה עירוני - איכילוב	קלה
רוכב	212258784	אליאס זדה נסים	20/03/2001	ת"א - יפו, מונאש 17	הדסה עירוני - איכילוב	קשה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	-----	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
3	בחקירה	20/08/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1161256	כהן	שרון

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה
1161256	שרון	כהן	רסמ

תפקיד	מקום שרות
חוקר בוחן תנועה תאונות דרכים	יחידת בוחנים מחוז תא

חתימה
24/09/2023 11:38

רס"מ שרון כהן
מ.א. 1161256
בוחן תנועה משטרת ישראל

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואר bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 365501/2023
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק טז
תאריך 24/09/2023, ט' תשרי תשפ"ד, 11:38
נושא המסמך אישור תאונה

לכל המעוניין

תאריך התאונה 18/08/2023 בשעה 17:30

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 20 ק"מ מס 12.9

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
	(אופניים חשמליים) (במערכת ת.ד.)	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	324194042	הימן שליו עמית	31/08/2001	אבן יהודה, הנוטר 22	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
65491801	אופנוע	ימהה צרפת
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
77	108	320194042	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
	64	רמת גן	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:

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

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

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

תאריך: 21.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

אריאל פריברג, עו"ד _____ חתימה: _____

מ.ר. 62254 _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 324904042 /-10
ת.ז. מס' 69 רמת רמת, מרחוב רמת רמת
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
נגד 19/1/23 בענין תאונת דרכים מיום 19/1/23
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 ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

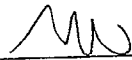
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 21 לחודש 9 שנה 23

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין