



טופס בקשת תשלום קצבת נכות

אישור על קבלת הבקשה ותחילת הטיפול בה יישלח ב SMS לטלפון הנייד המצוין על גבי טופס זה בתוך 48 שעות ממועד קבלתו, את מסמכי הבקשה ניתן להעלות ישירות לאחר <https://ds.menoramiv.co.il/connect> או באמצעות סריקה הברקוד QR שמופיע בצד שמאל שבראש הטמוד

1. פרטי העמית (חובה למלא את כל הפרטים)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות מלא				תאריך לידה	מין
י'ר'ל	מ'ס'ל	0	6	8	1	06/06/1975	נ
רחוב	מס' בית	עיר מגורים	מיקוד	ת.ד.	טלפון	טלפון נייד	דוא"ל
18/1	17	מ'ס'ר'ל	3794000	198	-	0545818194	matias@gmail.com

אבקש לקבל את ההודעות בדבר ביורר התביעה באופן הבא: ☐ דואר ☒ דואר אלקטרוני.
 ככל שלא תיבחר אופציה או תיבחר יותר מאופציה אחת, הודעות תישלחנה לדואר האלקטרוני.

2. פרטי עו"ד מטפל

שם פרטי	שם רחוב בו נמצא המשרד	מס'	עיר	ת.ד.	מיקוד
ע'ר'ל	מ'ס'ר'ל	7	מ'ס'ר'ל		
טלפון משרד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
03-7472259	054-6544930	frei.arid@gmail.com			

* יש לצרף יפיו כח הכולל חותמת ומספר רשיון המופנה ספציפית ל"מנורה מבטחים פנסית" או לצייין שיפיו הכוח ניתן לצורך טיפול בהגשת תביעת נכות מיום (ולצייין את מועד קרות האירוע הנטען).

3. פרטי חשבון הבנק

שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	מספר חשבון
מ'ס'ר'ל	14	317	133470

* יש לצרף העתק/צילום אישור בנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז. מספר הסניף ומספר חשבון וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין העתק/צילום של המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.
 הודעה רלוונטית במידה ומדובר באחד מהבנקים הבאים: דקסיה, בנק ירושלים, בנק ישראל, סטיובנק, בנק ערבי ישראלי, HSBC, או במקרה שבו התשלום אינו מועבר לחשבוןך האישי (באישור הבנק).

נסיבות התביעה

אציין בגין איזו סיבה מוגשת התביעה (ניתן לסמן יותר מסיבה אחת): ☐ אירוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר מחלה ☐ מחלת מקצוע ☐ שמירת הריון ☐ תאונת דרכים ☒ תאונה אחר ☐ אחר: _____

בכל שסומנה שמירת הריון - יש למלא טופס ייעודי
 בכל שסומן ארוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר - יש למלא טופס ייעודי
 ור כך קצבה ממקור אחר הינה:

קצבה המשתלמת לפי פרק ה (תאונות עבודה) לחוק הביטוח הלאומי;
 קצבה המשתלמת לפי חוק הנוכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959;
 קצבה המשתלמת לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970;
 קצבה המשתלמת לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א-1981;
 קצבה המשתלמת לפי חוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א-1981.

הוגשה תביעה לקבלת קצבה ממקור אחר (ביטוח לאומי/משרד הביטחון)? כן/לא

הנך נכה סיעודי? כן/לא במידה והתשובה היא "כן", יש לצרף מסמכים רפואיים תומכים במצב זה.



שם המל"ר

פירוט תלונות ותיאור מועד אובדן כושר עבודה: אנו ציין את שם המחלה/ בעיה רפואית

*ימילי הסעיף היו חובה. צירוף המסמכים אינו נוספת

אכזר כולל דברר גזמ התאור

נא פרט בהרחבה את הסיבות שבעטיין הנך טוען לאובדן כושר עבודה יררר תהור הסול

ככל שלא ינתן פירוט או שתהיה הפניה למכתב עו"ד מלווה או למסמכים הרפואיים שצורפו - הועדה הרפואית תבחן אך ורק המפורט במכתב עו"ד או במסמכים הרפואיים המצורפים והעמית לא יוכל לטעון לסיבות נוספות מעבר לכך

תאריך פריצת המחלה או קרות האירוע: 24/09/2023

מועד הפסקת העבודה בפועל (רק אם ארעה לאחר מועד פריצת המחלה או קרות האירוע):

5. מידע נוספות:

האם הנך: ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ עצמאי ושכיר

באם הנך שכיר, נא מלא את הפרטים הבאים:

נא ציין את פרטי מעסיקיך בעת האירוע:

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	ותק	מועד הפסקת עבודה/פירוד בהיקף משרה	סיבת הפסקת עבודה	במידה ואין הפסקת עבודה אלא ירידה בהיקף משרה, נא ציין את היקף המשרה לאחר השינוי	שם איש הנער וזמקידו (רצוי ממחלקת משאבי אנוש/מדור שכר)	תאריך פטורים
קולח מנהל	מנהל	שנה	24/9/2023	תאור	-	8/1/23	18/4/23
ברנר גל	גל	9 שנה					

ככל שחזרת לעבוד לאחר פריצת המחלה או קרות האירוע נא ציין:

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	מועד החזרה לעבודה	היקף משרה

* במקרה של עבודה חלקית בתקופת הנכות/ חזרה לעבודה יש לצרף אישור מעסיק המציין את אחוז המשרה ואת מועד הירידה בהיקף המשרה ותלושי שכר.

6. השכלה

נא ציין מספר שנות לימוד, תואר אקדמאי, קורסים מקצועיים וכו'

7. עדכון נתונים רפואיים:

שם קופת החולים בה הנך חבר כיום: גל סניף: גרר עיר: שנת הצטרפות לקופה:

שם קופת החולים בה היית חבר בעבר: סניף: עיר: שנת הצטרפות לקופה:

שנת הצטרפות לקופה: שנת עזיבה:

אשפוזים רפואיים:

תאריך אשפוז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בגינה חל האשפוז

נא לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

זכאות לקצבה מקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת

האם במועד קרות האירוע הונטען הינך מבוטח בקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת כן / לא

במידה וסומן כן, נא ציין את שם קרן הפנסיה

0101/130

דף 1 מתוך 2

כרטיס עובד (1)



סמל/√ ברובע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (2)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממסכרות ומשכר עבודה), התש"ל - 1993

שנת המס 2023

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנוהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת (1) העובד, אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים (ראה הסברים (לפי המסמכים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ	ז'בוטינסקי 23 רמת גן	2000	936300342

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל סכח, אם צורך בעבר, יש לצרף ציכום רק אם היו שינויים בפרטים, למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור/רשיון שהיה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (סמל)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
03250681	ר' מ' מ' מ'	ד' ז' ז'	06/06/1975	-
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית	מספר	מספר	מספר
	רמ"ג א"ר מ' מ' מ'	17	3484.00	
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב/שיתופי	חבר בקופת חולים
נ/זכר	נ/נשוא/אה	כן	כן	לא
נ/נקבה	נ/אלמנה	לא	לא	כן, שם הקופה: נ/מ
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (ע"י ספח תעודת זהות) סמל/√ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבלת/בנינו קצבת ילדים מבי"ל

שם	מספר זהות	תאריך לידה
ר' מ' מ' מ'		21.11.2012
מ' מ' מ'		11.05.2014
מ' מ' מ'		28.07.2016
מ' מ' מ'		2.4.09.2018

ד. פרטים על הכנסות אחרות - חובה למלא!

אין לי הכנסות אחרות ממסכרות (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה (1)

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש (2)

משכורת בעד משרה נוספת (3)

שכר עבודה (עובד יומי) (4)

קצבה (5)

מלגה (6)

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמל/√

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד), איני מקבלת/אתן בהכנסה אחרת (7)

אני מקבלת/נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאית/להן כנגד הכנסה זו (8)

אין מפרשים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)

אין מפרשים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

ה. פרטים על בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
038756783	מ' מ' מ'	20.11.1983	-
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)	אין לבן/בת הזוג כל הכנסה	יש לבן/בת הזוג הכנסה מ:	עבודה/קצבה/עסק

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי
	חתימת העובד/ת



מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר גליל מ.ר. 18795	אח/ות אחראית: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 21:12 27/09/2023

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11679449

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולאן את תוכנו ולאן איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: מטיס	שם פרטי: עיח	ת. זהות: 32400681
מין: זכר	ת. לידה: 06/06/1975	גיל: 48
כתובת: משמרות 0 משמרות משמרות 3784000	טלפון: 054-5818184	שם האב: מרדכי
מצב משפחתי: נשוי/אה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 27/09/2023

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תאריך: 14:47
משרד קבלת חולים
27-09-2023
שחרר

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF LUMBAR VERTEBRA WITHOUT MENTION OF SPINAL CORD INJURY, UNSP. LEVEL	805.4			✓			
L1							

תלונה עיקרית

כאבי גב תחתון

מחלה נוכחית

בן 48 בריא בד"כ, לא ידוע על אלרגיות.

מספר ימים טרם קבלתו מתאר חבלה על הגב תחתון, שוללת בריחת שתן או צואה / סמני B / בעיה אורינוארית.

בבדיקה:

מטופל שוכב

עמש: - ללא דפורמציה או פגיעה עורית, רגישות במישוש פאראספנילית מותנית, טווחי תנועה אנטגלים

גפיים עליונים ותחתונים - כוח גס 5/5, תחושה שמורה ושווה בכל הפיזורים

אגן יציב

צילום נראה שבר דחיסה בחוליה L1

הוסבר למטופל על הממצאים על אפשרות להתאשפז להמשך טיפול אך אינו מעוניין.

קעת משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

המשך מעקב רופא מטפל

משככי כאבים לפי מרשם מצורף

חגורת גב 3 נקודות

ביקורת מרפאת גב פוסט ניתוח בעוד שלושה שבועות

בכל החמרה יש לפנות לרופא

מדדים

דפוק	לחץ דם	סטורציה
------	--------	---------

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - המשך

מקרה: 11679449

מחלקה: מיון כללי

ת.ז: 32400681

98

137/80

66

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMAL INJ 100MG/2ML BOX INJ 100 mg+PRAMIN INJ 10MG/2ML INJ 10 mg+SODIUM CHLORIDE (SALINE) MINI BAG INF 0.9% 100ML INJ 100 cc(ml)	Duration:0.5 hourRate:100 cc(ml)/ 0.5hourTotal Volume:100 cc(ml), Once	15:55 27/09/2023 נבון פחימה מיכל מ.ר. 13750	INJ 10 mg IV INJ 100cc(ml) Drug Dosage:100 mg

סיכום ודיון

סטטוס מטופל בשחרור

המלצות כלליות

המלצה:

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	יש לשים לב, מכיל paracetamol.	24		8 ימים	3 X ביום	1 tab	PO	ROKACET PLUS CAPLET (CAFFEINE, CODEINE, PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN))
✓	נא לקחת לאחר ארוחה			7 ימים	1 X ביום	90 mg	PO	ARCOXIA TAB 90MG (ETORICOXIB)

רופאה משחררת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
27/09/2023 21:12	רופא	ד"ר פינקל בנימין מ.ר. 171797

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

חסוי אישי

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
4685107
Telephone: 09-959-2555

הרצליה
מדיקל
סנטר



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7 הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	מטיס עידו	מספר זיהוי:	32400681	מספר תיק:
------------	-----------	-------------	----------	-----------

סיכום

למטופל שבר דחיסה מינורי בקדמת גוף L2.
אין מעורבות של תעלת השדרה ואין קיפוזיס חולנית בגובה הנל.
הוסבר כי שבר זה צפוי להתחבר באופן מלא. מצבו כיום וחומרת הכאב לא מתאימים למהלך הצפוי ולכן יש צורך בבירור נוסף על מנת לשלול מאפיין לא שגרתי של השבר.
המלצות:

1. להשלים בירור על ידי MRI של עמ"ש מותני.
2. פיזיותרפיה - לתרגל חיזוק זוקפי הגב באופן אקטיבי. אין הגבלות מיוחדות, ניתן לעבוד לפי סף כאב.
3. הידרותרפיה.
4. לבצע גם צילום עמ"ש מותני בעמידה.

ד"ר אוחנה נסים
מומחה בכירורגיה אורתופדית
ומחלות עמוד השדרה
מ.ר. 24645 מ.ר. 17343

חתימה:

מ.ר.מ: 508617101

נחתם ע"י: דר' אוחנה נסים מ.ר. 24645



שם מרפאה: מרפאה אורתופדית א	מנהל/ת מרפאה: דר' ברבלק איל מ.ר. 38065	אחיות אחראית: אורית חן ביטון
טלפון: 04-7744252	פקס: 04-7744402	זמן הפקת תדפיס: 12:09 19/10/2023

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית א 32009907

המידע הכללי במסמך זה מתבסס על סיכום חקירת החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 אין למסור אותו ולא את תוכנו ולא אזהרה פרט שהוא ממוך לכל אדם ולא/ה
גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: מטיס	שם פרטי: עידו	ת. זהות: 32400681
מין: זכר	ת. לידה: 06/06/1975	גיל: 48
כתובת: משמרות 0 משמרות	טלפון: 054-5818184	שם האב: מרדכי
משמרות 3784000	גורם מממן: קופ"ח מכבי	
מצב משפחתי: נשואה		

נתוני ביקור

קבלה למרפאה: 19/10/2023 שעה: 10:03

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF LUMBAR VERTEBRA WITHOUT MENTION OF SPINAL CORD INJURY, UNSP. LEVEL L1	805.4						

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מחלה נוכחית

בתאריך 29/9/23 נפילה וחבלת גב תחתון
בבדיקה דאז: כוח ותחושה תקינים בכל הפיזורים, ללא תלונות אורגניות
בצילום נראה שבר דחיסה בחוליה L1
הוסבר למטופל על הממצאים על אפשרות להתאשפז להמשך טיפול אך אינו מעוניין.

נעת, כ-3 שבועות לאחר השבר, ביקורת מרפאת גב מתוכננת
מלין על כאבי גב בהחמרה בעיקר בעמידה עם הקרנה בפיזור סכימטי לשמאל
ללא תלונות אורגניות
בבדיקה: מתהלך בצליעה קלה ימינה נושא משקל
רגישות במישוש מרכזית עש מתני תואם שבר ללא רגישות פאראספינאלי
טח ותחושה שצורים 5/5 בכל הפיזורים
רפלקסים פטלרים תקינים

בצילום: תעלה פתוחה, ללא היצרות, , שבר דחיסה L1 ללא מעורבות אלמנטים אחרים, , ללא החמרה בצילום קודם

הובאו לידעית המטופל אופציות טיפוליות שמרני אל מול ניתוחי, השמת צמנט בגוף החוליה, צפי החלמה, סיבוכים אפשריים
כמו ק המלצתו להמשך טיפול שמרני

המלצות

חופשת מחלה חודש נוסף
ללא רכינה קדימה, ללא משקלים כבדים
חזרה לפעילות לפי סף ואחרי ביקורות אורתופד קופח
הידרותרפיה ופיזיותרפיה במסגרת קופח
רוקסט פלוס 3*1 ליום + 50 טיפות אופטלגין
ברקסין 1*1 ליום 10 ימים
מוסקול

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב פרדס חנה

טלפון סניף: 046230964, פקס: 046370764, email: pardes@mashovltd.co.il

תאריך: 16/11/2023

מס' תיק נבדק: 329135

מס' ביקור: 2191191

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר שמואלי שרון

הנדון: גב/מר: מטיס עידו ת"ז: 032400681 מין: ז

תאריך לידה: 06/06/1975

כתובת: משמרות

טלפון: 45818184-05

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 16/11/2023:

סיבת ההפניה: מעקב שבר

צילום ע"ש מותני

שבר בגוף החוליה L1 (הובחן במכון אחר).

אין צילום קודם במערכת להשוואה.

הצרות של מרווח בין L4-L5, L5-S1.

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 16/11/2023 :

סיבת ההפניה: מעקב שבר

צילום ע"ש מותני

שבר בגוף החוליה L1 (הובחן במכון אחר).

אין צילום קודם במערכת להשוואה.

הצרות של מרווח בין L4-L5, L5-S1.

...

בברכה

ד"ר מינקוב יולי

מ.ר. 23399

מ.ר.מ 18022

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקלידה: אומליה פשייב

טכנאי מבצע: אדלשטיין אילה

הבדיקה בוצע בסניף: משוב פרדס חנה



פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מטיס	שם פרטי: עידו
ת.לידה: 06/06/1975	מ.ז: 0545818184
תל.עבודה/נייד: 0545818184	טלפון: 0545818184
כתובת: , משמרות	מיקוד 3784000
0032400681	

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2023 בשעה 18:48

תאריך הביקור: 05/10/2023

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	החלמה מהירה וחג שמח. הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות , אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור מחלה	24/09/2023	24/10/2023

תאריך: 05/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שמואלי שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-81841800

פקס: 073-2284105

כתובת: דרך הבנים 17, פרדס חנה-כרכור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

06/06/1975

ת.לידה:



מיקוד 3784000

משמורת

כתובת:

0032400681

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 24/09/2023 עד יום: 24/10/2023 סה"כ: 31 ימים.

05/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 11/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



"ר שמואלי שרון

שפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

ומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-81841800

פקס: 073-2284105

כתובת: דרך הבנים 17, פרדס חנה-כרכור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

06/06/1975

ת.לידה:



0032400681

מיקוד 3784000

משמרות ,

כתובת:

אישור מחלה

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

י/נו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 24/10/2023 עד יום: 24/11/2023 סה"כ: 32 ימים.

03/11/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 01/12/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דינטי
מכבי

ד"ר ביידוסי קותייבה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (מרכז נווה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

06/06/1975

ת.לידה:



מיקוד 3784000

משמרות

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 24/09/2023 עד יום: 31/12/2023 סה"כ: 99 ימים.

01/12/2023

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>032400671</u>	<u>ד"ר</u>	<u>06</u>	
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס' רחוב</u>
		<u>17</u>	<u>הרצליה</u>

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 חסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי חבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום חסיעודי 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 חבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או חסיעודי 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:

חלק ב'

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

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

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

תאריך: 15.11.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X  חתימה: _____

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר ג' 06, מרחוב ינאי 11, תל אביב, מס' 03240067,
ת.ז. מס' 03240067, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 01.01.2006 של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 01.01.2006 של
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 15 לחודש 11 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מרינג, עו"ד
מ.ר. 62284
עורך-דין