



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יולי 2024 17
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
מחלקת נפגעי עבודה
המוסד לביטוח לאומי

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: טובה אוחנה, ת.ז. 0284319711
תאונה מיום 06/03/2024

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעה דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.
3. כן רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.


אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- 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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- 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 או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה אוחנה	שם פרטי טובה	מספר זהות ס"ב 0 2 8 4 3 1 9 7 1 1
מין זכר ☐ נקבה ☒	עיסוק שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐	תאריך לידה שנה 1 9 7 1 חודש 0 1 יום 0 3

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הרב רפאל אנקאוואה	11		23	תל אביב	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0 5 0 8 6 7 3 2 6 3	_____@_____			

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה
שנה 2 0 2 4
חודש 0 3
יום 0 6

פרטים על הפגיעה עובד על מלגזה שנסע רוורס לא הסתכל ודרס אותי ואני נפלתי ונפגעתי

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות כך משלוח מהיר בע"מ						טלפון																													
רחוב/תא דואר						מס' בית						כניסה						דירה						יישוב						מיקוד					
המקצוע ערב הפגיעה:												ניהול ותפעול																							

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות												טלפון קווי											
צה"ל												משמר הכנסת											
שב"ס												משמר אזרחי											
משטרה												אחר											
רחוב/תא דואר						מס' בית						יישוב						מיקוד					
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____																							
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐																							
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.																							

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט _____																	
שם בית החולים _____																	
תקופת אשפוז _____																	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן, פרט _____																	
רצ"ב _____																	
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____																	
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.																	
אני מבוטח בקופ"ח _____ כללית																	
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:																	
שם הרופא						תחום מומחיות						כתובת המרפאה					
						רצ"ב											

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים, הגבלה וקושי בתנועות זרוע ומרפק שמאל	
כאבים והגבלה בתנועות יד ושורש כף היד	מצורף
קושי בהרמה, יישר, כיפוף וביצוע תפקודים ידניים	
חרדה, חשש, מצב רוח ירוד, קושי בביצוע פעולות יומיומיות	כאבי ראש וכאב בפנים משמאל - קושי בלעיסה וכאב במגע

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
 אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממוסד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

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 ייפוי 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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע עו"ד אריאל פרייברג	כתובת אבא הלל 7, רמת גן	טלפון 03-7412358
-------------------------------------	----------------------------	---------------------

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 16.7.24 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

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

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 16.7.24 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>	0	6	0	3	2	0	2	4	יום		חודש		שנה				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>8</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>7</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>	0	2	8	4	3	1	9	7	1	1	קוד גמלה 11
0	6	0	3	2	0	2	4																					
יום		חודש		שנה																								
0	2	8	4	3	1	9	7	1	1																			
שם פרטי טובה	שם משפחה אוחנה	חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____																										

הצהרה

2

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

תאריך 16.7.24 חתימת המבוטח ✕ _____

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il
מרכז אשרד, כניסה ד', גאל אלון 90, ת"א 6789130
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24 שעת קבלה: 20:51 סיום: 21:36 06/03/2024

מס' מנוי: 28431971

גיל: 53.2

מס' זהות: 28431971

שם המטופל: טובה אוחנה

מרפאה: תל

050-8673263

תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0

כתובת:

אביב כללית

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות: לא ידוע

תלונות התולה:

בת 52, תת עילות בלוטת התריס ברקע

כשעתיים טרם קבלתה נפגעה ממגזה שנסעה אחורית, נחבלה בפלג גוף שמאל ונפלה שוללת אבוד הכרה

אומדן כאב: לא נשאל

סטורציה: 98%

דופק: 80 סדיר

לחץ דם: 142/88

מדדים: חום: 36.6 PO

בדיקה גופנית:

מרפק שמאל -

ללא פדורמציה

נפוחות אחורית קלה

רגישות מעל האולקרנון

רגישות מעל ראש רדיוס

הגלבה בטווח תנועה עקב כאב

אין בלוק מכני

שורש כף יד -

נפוחות דורסלית ב DRUJ

רגישות במישור רדיוס דטסלי

ללא חסר NV

בדיקות עזר:

סוג בדיקה

צילום רנטגן

זמן ביצוע

תוצאות

21:20

תוצאות בדף מצורף

אבחנה משוערת:

FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED

טיפולם שבוצעו:

ד"ר רצמי קסיס
מ.ר. 1-143475

לקוח/ה יקרה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס רצמי

סודי רפואי
תעודת רפואה

תעודת רפואה

ביקורופא

www.bikurofe.co.il
מרכז אשרה, בניסה ד', ינאל אלון 30, ת"א 6789130
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24

שעת קבלה: 20:51 סיום: 21:36 06/03/2024

שם המטופל: טובה אורנה

מס' זהות: 28431971

גיל: 53.2

מס' מבני: 28431971

כתובת:

050-8673263

תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0

כללית אביב

מרפאה: תל

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

בצילומי נרטגן - שבר 2 MAISON

הונח סד גבס אחורי אנלגטי

משתחררת עם ההמלצות הבאות

משככי כאיבם

יד מורמת

מעקב אורטופד בהקדם

בכל החמרה ישל פנות לבדיקת חזרת

המשך מעקב אורטופד בהקדם

ד"ר ראמי קסיס
מ.ר. 1-143475

חתימה וחותמת הרופא:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס ראמי

תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשרד. כניסה ד, יאל אלון 90, ת"א 6789130
טלפון. 03-6272324 | פקס. 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24 שעת קבלה: 20:51 סיום: 21:36 06/03/2024

מס' מבוי: 28431971

גיל: 53.2

מס' זהות: 28431971

שם המטופל: טובה אוחנה

מרפאה: תל

050-8673263

כתובת: תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0
אביב כללית

צילום רנטגן

אבריים: שורש כף יד שמאל, AP+LAT, מרפק שמאל, AP+LAT
שבר MAISON 2 RADIAL HEAD

T_2000

T_3000

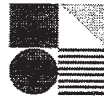
ד"ר ראמי קסיס
מ.ר. 1-143475

חתימה וחותמת הרופא:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס ראמי



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערכ: אורתופדיה

מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

שם יחידה: מרפאה כירורגית יד	מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517	אחות אחראית: אלה יצחקוב
טלפון: 035028111	פקס: 035028486	דוא"ל:
	זימון תורים וולפסון: 03-5028111	

נתוני ביקור - תאריך: 10/03/2024 שעה: 08:06 מספר ביקור: 32193398

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: תל אביב-יפו הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב

אבחנות בביקור

Rec	M/P	S/P	עיקר	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓	06/03/2024	Left	813.05	FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED

מעקב רפואי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 10/03/2024 08:07

דיווח / דיון: בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפנים וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקור רופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס. עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי לאור התלונות והרגישות שורש היד והמרפק מופנית למיון להשלמה הברור כולל CT שורש היד והמרפק

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' יפה דויד מ.ר. 21517	רופא/ה בכיר	10/03/2024 08:09

מכתב הופק בתאריך 10/03/2024 שעה 08:53 הופק על ידי דר' יפה דויד 21517

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
ד"ר יפה דויד
אורטופד לכירורגיה של היד
מנהל יחידה לכירורגיה של היד
מ.ר. מ. 21517
22304 15956



70: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408 | 72: 972 3 5028211 | רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012
Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 |

מערך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אחיות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: תל אביב-יפו הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 10/03/2024 שעת קבלה: 08:59 מספר ביקור: 11695674

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 10/03/2024

אבחנות	Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
				✓		Left	813.05	FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED
						Left	813.02	FRACTURE OF CORONOID PROCESS OF ULNA, CLOSED

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות רקע	בריא בדרך כלל
------------	---------------

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: כאבים

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני
דרך הגעה: עצמאי

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556

תלונת החולה בקבלה למיין

הופנתה ממרפאות כף יד לביצוע CT

מחלה נוכחית

בת 53

בריא

ללא סכרת או עישון

במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפנים וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס.

עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי

נבדקה במרפאות כף יד/ טראומה הופנתה היום לביצוע CT

בבדיקה היום יד במתלה, רגישות מקומית במרפק לטראלי, הגבלות כמתואר שורש כף יד עם רגישות ממוקדת על פני SLIL דורסלית, רגישות בטווחים לאל הגבלות ללא חסר מוטורי סנסורי

CT - שבר ראש רדיוס כמתואר 40-50% עם תזוזה, מתאם למאסון 2

שורש כף יד אינני מזהה ממצא גרמי חריף ברור

לציין שבר טיפ קורונויד TYPE1

לציין שברת לחישה לטראלית

הוצגה לצוות בכירים, כעת הומלץ טיפול שמרני

מתלה משכי כאבים

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

הפעלת זורש כף יד ואצבעות

חופש מחלה שבועיים

מדדים

תאריך ושעה	אופן מתן חמצן	הכרה
09:14 10/03/2024	אוויר חדר	מלאה

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

סיכום ודיון

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לאוריינטציה	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		10/03/2024 09:17 4	אינטיסאר אגבריה
דיווח: המטופל.ת ההדרכה בשלבי הטיפול במלר"ד								
נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		10/03/2024 09:17 4	אינטיסאר אגבריה
דיווח: השיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי								

אומדן כאב מבוגרים

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556

מועד עדכון: 09:15 10/03/2024	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
תאריך ושעה:	09:15 10/03/2024
עצמת הכאב	0

המלצות כלליות

המלצה:

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר רושקה זכר מ.ר. 1151237	רופא/ה	10/03/2024 12:37

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.

בברכת רפואה שלמה,
מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

בימים אלו אנו עומדים לצידך ומזמינים אותך
לעקוב אחר עדכונים ושירותים שמתפרסמים באתר וולפסון בסריקת הברקוד



בוולפסון כולנו חזקים יחד.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו **וולפסון זימון תורים**

03-5028111

03-5028111

וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו **וולפסון שלי**

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים

David Jaffe, M.D
Orthopedic and Hand Surgeon
111 Arlozorov street
Tel Aviv 62098

ד"ר יפה דיוד
מומחה באורתופדיה ובכירורגיה של היד
רחוב ארלוזורוב 111
תל אביב 62098

Tel : 03-5059291
Fax : 03-5059293
Tel : 03-5117142
טלפון:
פקס:
טלפון לזימון תורים:

07/03/2024

שם: אוחנה טובה ת.ז: 28431971 ת.לידה: 03/01/1971
טלפון: 050-8673263
כתובת: הרב אל נקווה 11/23, תל אביב קופת חולים: כללית

הערה
אבחנה
Fracture Radial Head LT

07/03/2024

בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפניו וחבלה אמה שמאל. פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר והגפה קובעה בסד גבס. בעיון בצילום שבר ראש הרדיוס כאשר כ- 60% מהראש שמור בבדיקה לאחר הסרת הגבס הגבלה ביטור המפרק וכן הגבלה בסופינציה, יציבות שמורה ביקורת יום א' מרפאת כף יד, נרכז הרפואי וולפסון, חולון, 07:30.

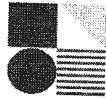
המלצות:

* אבקש להפנות האדון לטיפול שיקומי במסגרת המכון לפיזיותרפיה לשיפור טווחי התנועה וחיזוק שרירים

בכבוד רב,

ד"ר יפה דיוד
אורתופד וכירורג יד
מנהל יח' כירורגית יד
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

ד"ר יפה דיוד
אורתופד וכירורג יד
מנהל יח' כירורגית יד
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304



טל: 03-5028211 | פקס: 972 3 5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408 | 03-5028211
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: אורתופדיה

מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

שם יחידה: מרפאה כירורגית יד	מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517	אחות אחראית: אלה יצחקוב
טלפון: 035028111	פקס: 035028486	דוא"ל:
	זימון תורים וולפסון: 03-5028111	

נתוני ביקור - תאריך: 17/03/2024 שעה: 07:44 מספר ביקור: 32198073

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: תל אביב-יפו הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב

אבחנות בביקור

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Left	813.02	FRACTURE OF CORONOID PROCESS OF ULNA, CLOSED
					Left	813.05	FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED

מעקב רפואי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 17/03/2024 07:44

דיווח / דיון: בביקורת היום הטבה בכאב, עדיין הגבלה בטווחי תנועה סוף יישור וסופינציה, אולם עדיין הגבלה בסוף יישור המשך טיפול שיקומי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 10/03/2024 08:07

דיווח / דיון: בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפניו וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס. עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי לאור התלונות והרגישות שורש היד והמרפק מופנית למיין להשלמה הבירור כולל CT שורש היד והמרפק

המלצות כלליות

חופשת מחלה: 1 חודשים.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה כירורגית יד. בעוד 2 שבועות.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
דר' יפה דויד
אורטופד וכירורג יד
מנהל יחידת לכירורגיה של היד
מ.ר. 21517
22304 15862

שם משפחה: אוחנה	שם פרטי: טובה	ת.ז: 28431971
תאריך לידה: 03/01/1971	גיל: 53	טלפון: 050-8673263
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	חתימה	זמן
ד"ר יפה דויד מ.ר. 21517	רופא/ה בכיר	17/03/2024	07:45

מכתב הופק בתאריך 17/03/2024 שעה 08:49 הופק על ידי דר' יפה דויד 21517

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך: 19/03/2024

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **אוחנה טובה**
ת.לידה: 03/01/1971
מס בית: 11 / 23
מס זהות: 00028431971
גיל: 53.02 מין: נ
רחוב: הרב רפאל אנקאווא
טלפון נוסף: 8-6816090
ישוב: תל אביב -
טלפון: 50-8673263

תאריך תאונה: 06/03/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
81342		FRACTURE RADIUS DISTAL
8130		FRACTURE ULNA

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 06/03/2024 עד יום 17/04/2024 (בכלל) סה"כ 43 ימים

19/03/2024

19/03/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

איתי סעדיה חסון **נחתם דיגיטלית**

נטקה - תל אביב

חתימה וחומת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

גיל המטופל: 53.05

תאריך ביקור: 16/06/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תאריך תאונה: 06/03/2024

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/03/2024:
תאונת עבודה-

מלגזה נכנסה בה בעבודה במהלך נסיעה אחורה.
בשל המכה נפלה על הפנים וצד שמאל של הגוף.

פנתה לביקור רופא- שם בצילום ביד שמאל - שבר אולנה ורדיוס משמאל

כעת כאבים במרפק שמאל ואיזור הפנים.
16/06/2024

כעת מדווחת שהיד עם יישור של 85% בלבד, כיפוף כתף אחוזים זהים, כאבים במרפק.
מדובר ביד שמאל ומטופלת איטרת יד ימינה.
מתקשה בכתיבה, מתקשה בשימושי היום-יום. כאבים איומים.
פיזיותרפיה פעמיים בשבוע.

צילום בשבוע הבא ולאחר מכן ביקורת אורתופדית.

חזרה לעבודה לפני חודש- סובלת מחרדות ורעד סביב העבודה, שם עדיין מסתובבות
מלגזות.

סימנים חיוניים

גובה: 159 נמדד ב: 22/11/2022

משקל: 65 נמדד ב: 22/11/2022

BMI: 25.71

לחץ דם: 75/139 נמדד ב: 26/02/2024

דופק: 64

נמדד ב: 26/02/2024

מתאריך: 24

eGFR: 94.16

קוד	אפיין	אבחנה
81342		FRACTURE RADIUS DISTAL
8130		FRACTURE ULNA

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	אריזה	1	30	D	1	טבליות	TAB	1	CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 16/06/2024

רופא מעדכן: איתי סעדיה חסון

מס רשיון: 146508

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שם מרפאה: מרפאת נטקה

קוד מרפאה: 3068

קוד מחוז: 02

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

גיל המטופל: 53.05

תאריך ביקור: 16/06/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תאריך תאונה: 06/03/2024

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/03/2024:
תאונת עבודה-

מלגזה נכנסה בה בעבודה במהלך נסיעה אחורה.
בשל המכה נפלה על הפנים וצד שמאל של הגוף.

פנתה לביקור רופא- שם בצילום ביד שמאל - שבר אולנה ורדיוס משמאל

כעת כאבים במרפק שמאל ואיזור הפנים.
16/06/2024

כעת מדווחת שהיד עם יישור של 85% בלבד, כיפוף כתף אחוזים זהים, כאבים במרפק.
מדובר ביד שמאל ומטופלת איטרת יד ימינה.
מתקשה בכתיבה, מתקשה בשימושי היום-יום. כאבים איומים.
פיזיותרפיה פעמיים בשבוע.

צילום בשבוע הבא ולאחר מכן ביקורת אורתופדית.

חזרה לעבודה לפני חודש- סובלת מחרדות ורעד סביב העבודה, שם עדיין מסתובבות
מלגזות.

סימנים חיוניים

גובה: 159 נמדד ב: 22/11/2022

משקל: 65 נמדד ב: 22/11/2022

BMI: 25.71

לחץ דם: 75 / 139 נמדד ב: 26/02/2024

דופק: 64

נמדד ב: 26/02/2024

מתאריך: 24

eGFR: 94.16

קוד	אפיין	אבחנה
81342		FRACTURE RADIUS DISTAL
8130		FRACTURE ULNA

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	N		אריזה	1	30	D	1	טבליות	TAB	1	CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 16/06/2024

רופא מעדכן: איתי סעדיה חסון

מס רשיון: 146508

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שם מרפאה: מרפאת נטקה

קוד מרפאה: 3068

קוד מחוז: 02

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

עמוד 1 מתוך 1

23/06/2024	ת. ביצוע:	2843197-1	ת"ז:	טובה אוחנה	נבדק:
08/07/2024	אישור פענוח:	53 שנים	גיל:	03/01/1971	תאריך לידה:
08/07/2024	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מחוז תל אביב יפו, (20000)	מוסד מפנה:
				מרפאת נטקה, (24240)	גורם מפנה:
				מוסא בדארנה, (165568)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום מרפק

—

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

צילום מרפק בתאריך 23/06/2024 07:43 מ.ג.: 1025002361273 מבצע: נועם טאו;
צילום מרפק שמאל;

ממצאים:

ללא השוואה
סימני המרטרזיס
שבר ברדיוס-ייתכן ישן
פרט לכך ללא ממצא פתולוגי גרמי גס

קורלציה קלינית
המשך מעקב אורתופדי

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

8/7/2024 06:44

מספר רשיון: 27366

אושרר ע"י: ד"ר רומן גינדיס

י פ ו י כ ח

טובה אוחנה

אני הח"מ, _____ מס' 028431971, מרחוב הרב אלנקווה 11, תל אביב,
ת.ז. מס' _____, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה _____ נגד _____ בענין תאונת _____ מיום 6.3.24
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 ברישומן 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 7 שנה 2024

חתימה: ד"ר אוריאל

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אוריאל
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
028431971	טובה	אוחנה	שם משפחה
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	הרב אלנקווה
טלפון	מיקוד	תל אביב	רחוב
		11	
		מס'	

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 הבריאותי 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 הבריאותי 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:	1	2	3
מכונים, מעבדות:	1	2	3
	4	4	4

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

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

תאריך: 1/7/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

סוקה סאמאן

[Signature]

ט"ז אדר א' תשפ"ד
מס' דשקן: 62254