



Freiberg Raskin

Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד

11.8.24
Office@freiberg-law.com

-תזכורת-

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף חדרה
מרחוב הלל יפה 7 א'
חדרה

א.ג.נ.,

הנדון: נהוראי בן יוסף ת.ז. 211411582
פגיעה מתאריך 25/10/23

הנני מייצג את מרשי הנפגע שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.
3. רצ"ב יפוי כח וטופס ויתור על סודיות חתומים על ידי מרשי

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

מס' זהות / דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פיצול

--	--

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

סוג
המסמך

--	--

דפים

--	--

חותמת קבלה

פרטי התובע		שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות ס"ב	
		כ' יוסף		נח אה'		☒ זכר ☐ נקבה		2 1 1 4 1 1 5 8 2	
תאריך לידה		מצב משפחתי		רווקה ☒		אלמנה ☐		פרודה ☐	
28 05 20 02		נשוי/אה		גרשה		ידועה/בציבור			
שנה		חודש		יום					
<u>נתבות (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</u>									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
יגן ערי		2						זכרון יעקב	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני					
		05 33 05 76 24		@					
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלים את הפרטים הבאים:									
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר		ס"ב			
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.									
<u>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</u>									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה) _____ קופת החולים בה אתה חבר _____									

תאריך הפגיעה

האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי
לאחר הפגיעה?

לד. ☐ כד. ☐

25	19	20	23
יום	חודש	שנה	

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

מיום

שם בית החולים

שנה חודש יום

שנה חודש יום

קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

7

בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), רשאי הנכה להורות כי התשלומים המגיעים לאחר פטירתו ישולמו ל"בן משפחה" שהורה עליו הנכה.
אם לא הורה הנכה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, לבן משפחה על פי הגדרתו בחוק הנכים (תגמולים ושיקום).

אני החתום מטה, מבקש כי תשלומים המגיעים לי לאחר פטירתי ישולמו לי:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת. זהות	כתובת	קרבה משפחתית

חתימת הנכה

הצהרה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

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

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

חתימת התובע / מקבל הגמלה *

8/8/24

תאריך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13	211411582	01/08/2024	25/10/2023
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום	שנה חודש יום
כר	בוראי		

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך: 9/8/24 חתימת המבוטח: x



מספר רשיון 20497
טלפון 046297200
פקס 046397479
מחוז שו"ש

שם הרופא ד"ר פריד אלמלק
תחום רפואת משפחה
כתובת קיבוץ גלילות 10
מרפאה זכרון דרום

תאריך: 12/12/2023 16:37

הפניה כללית

פרטי המטופל:				שם משפחה ופרטי:			
ת.לידה:		28/05/2002		ישוב:		זכרון יעקב	
מס בית:		2		טלפון:		53- 3057624	
מס זהות:				00211411582			
גיל:		21.06		מין:		ז	
רחוב:		דרך שרה		טלפון נוסף:		58- 4009982	

תאריך תאונה 25/10/2023

סוג תאונה 9 פעולת איבה

מספר הפניה ישירה: 38908005709

גורם שולח



8908

מספר הפניה



038908005709

תז נבדק



0211411582

מספר רשיון



020497

לכבוד: רופא פסיכיאטר

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74055	L0771	מנוי אבחוני מבוגר בריאות הנפש	74055

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
78832		STRESS INCONTINENCE MALE

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/11/2023:

בתאריך הנל לפי דבריו היה בדרך הביתה בשטחים בזמן שעבר משמה קיבל יריות לאוטו מאדם לא מוכר הנל לא נפגע רק הנזק באוטו -סובל מסטרס

12/12/2023:

טופל עי לוריאן ללא הטבה

סימנים חיוניים: גובה 168 25/08/2020 משקל 60 25/08/2020 bmi 21.26

מתאריך 24/04/2013 eGFR 164.94

דיון/תוכנית טיפולית: ייעוץ פסיכיאטרי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/02/2010		ATTENTION DEFICIT DISORDER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	RITALIN 20MG SR TAB 20MG

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 בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 20497
טלפון 046297200
פקס 046397479
מחוז שו"ש

שם הרופא ד"ר פריד אלמלק
תחום רפואת משפחה
כתובת קיבוץ גלילות 10
מרפאה זכרון דרום

תאריך: 07/01/2024 16:28

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן יוסף נהוראי	מס זהות:	00211411582	גיל:	21.07	מין:	ז
ת.לידה:	28/05/2002	ישוב:	זכרון יעקב	רחוב:	דרך שרה	טלפון נוסף:	58 - 4009982	
מס בית:	2	טלפון:	53 - 3057624					

תאריך תאונה 25/10/2023

סוג תאונה 9 פעולת איבה

מספר הפניה ישירה: 38908005964

גורם שולח



8908

מספר הפניה



038908005964

תז נבדק



0211411582

מספר רשיון



020497

לכבוד: רופא פסיכיאטר

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74055	L0771	מנוי אבחוני מבוגר בריאות הנפש	74055

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
78832		STRESS INCONTINENCE MALE

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/12/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/11/2023:

בתאריך הנל לפי דבריו היה בדרך הביתה בשטחים בזמן שעבר משמה קיבל יריות לאוטו מאדם לא מוכר הנל לא נפגע רק הנזק באוטו -סובל מסטרס

12/12/2023:

טופל עי לוריאן ללא הטבה

07/01/2024:

סימנים חיוניים: גובה 168 25/08/2020 משקל 60 25/08/2020 bmi 21.26

מתאריך 24/04/2013 eGFR 164.94

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/12/2023:

ייעוץ פסיכיאטרי

ההפניות שהופקו ב 12/12/2023:

טופס הפניה כללי - 74055-מנוי אבחוני מבוגר

07/01/2024

מופנה לפסיכיאטר

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/02/2010		ATTENTION DEFICIT DISORDER

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	RITALIN 20MG SR TAB 20MG

חתימה וחוקת 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



שם הרופא	ד"ר השאם בוואקני	מספר רשיון	85254
תחום	פסיכיאטריה	טלפון	04-6286230
כתובת	הלל יפה 26 חדרה	פקס	04-6286231
מרפאה	מרכז לבריאות הנפש - חדרה	מחוז	שו"ש

תאריך: 11/03/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן יוסף נהוראי	מס זהות:	00211411582	גיל:	21.09	מין:	ז
ת.לידה:	28/05/2002	ישוב:	זכרון יעקב	רחוב:	דרך שרה	טלפון נוסף:	58 - 4009982	
מס בית:	2	טלפון:	53 - 3057624					

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה

תאריך הביקור: 11/03/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	איפיון	אבחנה
7813		ATTENTION DEFICIT DISORDER
0529		VARICELLA

אבחנות בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
F432		ADJUSTMENT DISORDERS
		post-traumatic symptoms

תרופות בביקור

ק"מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ משך D פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
1	0	N	Q		יחידה	28	D 28	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

סיכום ודיון:

יליד שנת 2002, רווק ללא ילדים, מתגורר בזיכרון יעקב, ספר במקצועו ובחודשים אחרונים התחיל לבנות עסק עצמאי בתחום. ללא סיפור משפחתי של מחלת נפש שולל ת שימוש בסמים או אלקוהול והינו/ה בריא/ה בד"כ. לא מוכר/ת למערכת הפסיכיאטרית בעבר.

בסוף אוקטובר 2023 היה בביקור אצל אח שלו באזור השטחים ובדרך נקלע לסיטואציה קשה בה נפתחה עליו אש מסיבית מאלמונים שהתקרבו לרכבו. ברח מהם ובהמשך הצבא מצא אותו. בהמשך התברר שהם היו מסתערבים. מוסר שנפצע מקליע ששפשף לו את הגרון. ראה דם במראה ולא הבין את חומרת הפציעה. מאז סובלת ממצב רוח יורד, חששות, מחשבות על האירוע, סף גירוי נמוך, חוסר סבלנות, רעשים מפריעים לו ומה שהכי מפריע זה הרגשת הדריכות. לדבריו יוצא עם חברים ומרגיש בשמחה אבל נלחץ מהר. לדבריו התפקוד שלו ירד ולא מצליח להמשיך בעסק החדש. ללא סימנים פסיכוטיים וללא מסוכנות לעצמו ולסובבים.

לסיכום מדובר בהפרעה הסתגלותית עם כמה סימני פוסטראומה על רקע חוויה קשה שחוה במהלך ביקורו אצל אחיו בשטחים כשנפתחה עליו אש מצד אלמונים שהתברר בסוף שהם מסתערבים. סבל משפשוף קל בגרון עם דימום. מאז מרגיש דרך עם הרבה חששות. חושב על האירוע ואיך ניצל בנס. טופל בלורופן להרגעה.

תכנית ברור וטיפול: הפסקת לורופן

יש להתחיל טיפול בציפרלקס במינון של 5 מג ואחרי 4 ימים להעלות מינון ל 10 מג . שיחה טיפולית לתמיכה ועידוד והסברים

המלצות: תור למעקב פסיכיאטרי אמבולטורי עוד 3 חודשים

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ביקור

11.03/2024

הודפס ע"י ד"ר השאם בוואקני

00211411582

נהוראי

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 2141582 מרחוב ד"ר שרן 2 סדרה 177, ת.ז. מס' 401 נהוג כן
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של 25.10.23 נגד בענין תאונת דרכים מיום
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.

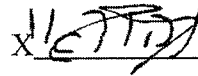
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

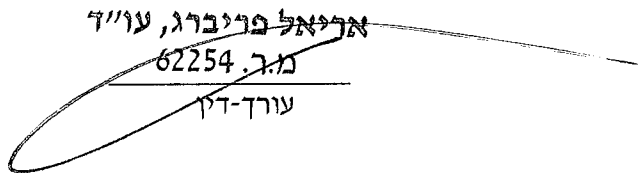
ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 2 שנה 24

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם פרטי	שם האב	תעודת זהות	שם משפחה
נחירא'	21141582	2	101
מס'	עיר	מיקוד	טלפון
2	זכרון יזרי	2	זיך שרי

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

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

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

תאריך: 1.2.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ ~~אריאל פרידלנד, עו"ד חתימה:~~ _____ X ~~נחירא'~~
מ.ר. 62254