



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודת 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, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- מתנדב** – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- 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 יפוי 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: "יפוי 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).
- לנוחיותך, 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

עמוד 1 מתוך 8

055672992

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
רין	א'ר	055672992
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0503206040	@

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
		0

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "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	יישוב	מיקוד

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס

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

האם יש קרבה משפחתית בין 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
ג'רן ויטן, מסרה	מסרה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שאן הילן	2			גל אהרן	

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר _____

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

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
17/01/2025 שנה חודש יום	ע"ב	11:40		

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך ☐ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט דיון למחנה האלוקוס
המסלול אל מחנה האלוקוס נעשה על ידי כביש המדבר מ"ב ונאמר ועצמתי

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה חודש יום			

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
נחל ורד קמח	ער	שר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
17.01.2025		
שנה חודש יום	שעה	
14:00		

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 73ל: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ד"ר איתן פרידמן	7, ירחמי	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 **6-ר**

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובת מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☒ כן, נא לצרף **7-ר**

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

עד תאריך שנה חודש יום		מתאריך שנה חודש יום 17 01 2025		☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
עד שעה שעה	משעה שעה	עד תאריך שנה חודש יום	מתאריך שנה חודש יום	☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
עד שעה שעה	משעה שעה	עד תאריך שנה חודש יום	מתאריך שנה חודש יום	
☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה שעות עבודתי במשלך יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו: משעה _____ עד שעה: _____ עבודה במשמרות ☐				

8

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

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת 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 *

9 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 מזני צה

שם הסניף / כתובתו זרקה מן האו"ל 13 בני ברק

מספר חשבון 7273039 מס' סניף 58

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 בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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 ו/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.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 19.3.25 חתימת התובע מזני צה

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות 055672992 קרבה לתובע _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני: _____@_____

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

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

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה ☐ מקום הפגיעה: הר הרצל כפר לדארי שעת הפגיעה 11:40

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: אגרון גניסטר - אגרון גליל

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

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקידו	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
	שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	

☐ 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 _____ שם המפעל / המעסיק _____

557346673 ג'ר וניס מסר

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי _____

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

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

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		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

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

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

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

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

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: _____

☐ 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 _____

תאריך 19.3.25 תפקיד החותם נעם/מל שם החותם דבן חתימה וחותמת * נעם

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 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ 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

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	055672992	17/01/2025 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
דני	נאיר	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 19.3.25 חתימת המבוטח * נאיר דני

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

תלונה: נפלה - בעבודה	תיק מס': 608190	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 1229083	תאריך ביקור Date: 14:07 17/01/2025
-------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------	--

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

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. דמיטרי אולשנסקי	שם: מאיר דהן תז: 055672992	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב מכבי
---	-------------------------------	---

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0503206040 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx humerus	
Pulse: 71, TempC: 36.7 PO, O2sat: 99, BP: 144/83 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 11/02/1959 Age: 65 years 11 months	
Injury/Pain Exam: LEFT ELBOW : NOT Swollen, Fell < 1 m, Pain started in < 1 hr, Pain is severe, Pain at end of ROM, Elbow Rotation AND RadialHead NOT tender, LEFT SHOULDER : No direct blow to shoulder, Fell on shoulder, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started within 1 hr from Trauma, No ROM b/o pain, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral_joint tender, Acromioclavicular_joint tender, Is sensitive around shoulder,	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 65 צלול ועצמאי. רקע גאוס ויל"ד התקבל לאחר נפילה טכנית כאשר הלך נחבל בזרוע השמאלית מאז יש כאבים מאוד קשים קושי בהנעת היד	
עידכון ב 04.02.2025: לדברי המטופל בתאריך 17.1.25 הגיע למיון טרם איכילוב בני ברק בעקבות נפילה שהתרחשה בדרכו לעבודה. בצילום שבוצע נמצא כי הוא סובל משבר בכתף.	
בדיקה גופנית: מדדים שמורים בבדיקת היד השמאלית- דפקים פריפרים נמושו היטב, כאבים במישוש מפרק הכתף, רגישות במישוש המרפק, ללא הגבלה בתנועת המרפק, ללא הפרעה בתנועת כף היד.	
צילום כתף - רושם לשבר ראש ההומרוס מהלך ודיון: לסיכום - שבר ראש ההומרוס - קיבל וולטרן לכאבים. הוכנס למתלה כתף. יופנה למיון באופן מיידי להמשך מעקב אורתופדי יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק	
Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)
צילומים שבוצעו: זרוע שמאל <<< כתף שמאל <<<	
ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com	
Procedures & Treatments done at Visit	פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון
You Have been referred to the ER / hospital

סיבות להפנייה למיון : התייעצות דחופה עם מומחה

תוקף הפניה זו הוא עד ל 15:26 18/01/2025

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. דמיטרי אולשנסקי מ.ר. 165496

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

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

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

חדר	קופ"ח מכבי רופא מפנה/הקבוע ללא	מאיר דהן	שם	RR	%SaO2 99%	T/oin 36.7 PO	דופק/P 71 סדיר	לח"ד B/P 144/83
	נפלוה - בעבודה		כתובת: רמת גן					
			טל' בית 0503206040					

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

No treatments ordered

SIINGing
 Voltaren (Diclofenac
 Sodium) 1M, 75 mg,

תתימת חולה:

1-165496-1
JAN 17 1964



תת'מת וחותמת רופא

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה

ד"ר יליזבט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



023717



קוד הפניה: 418613028

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

שם פרטי: מאיר		שם משפחה: דהן		פרטי הנבדק:
ת.ז.: 55672992	טל. עבודה/נייד: 0503206040	טלפון: 0508443216	ת.לידה: 11/02/1959	 0055672992
מיקוד: 5256809		מין: ז	כתובת: החרושת 7, רמת גן	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
Potassium (B) - 04132
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Microalb/Creat Ratio URINE - 02045
FOLIC ACID - 02746
VITAMIN D (25 OH) - 02306
PTH Battery - 03971
Cortisol 8am (B) - 02529

HbA1C - 03037
Creatinine (B) - 02565
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
BILIRUBIN Total - 02250
Urine General - 01000
FERRITIN - 02728
VITAMIN B12 - 02607
TSH - 04443
PROT. ELECTROPH * - 04165

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התיורוקסין או ליתורונין Levodihydroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות: דגימת שתן ראשון של הבוקר.
יש להגיע למעבדה בין השעות 7:30-8:30.
* עבור בדיקת Urine General:
מומלץ שתן ראשון של הבוקר. יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה. יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא. יש למסור את דגימת השתן תוך שעותיים למעבדה בסניף.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.
לבדיקות דחופות: IVF, ביולוגין ילודים (אונול), INR, למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30.
תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025.
לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.
לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.
לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

Uric Acid

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ ר גורם מפנה



023717



קוד הפניה: 418613742

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

גאל

ה פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מ.י.ז:	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/בייד: 0503206040
כתובת: החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809	0055672992	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

URIC ACID (B) - 04550

PSA - 04153

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 4 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים. בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע חור בסלפון 3553

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (מאונסט), INR, למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025. לעיתים תתבצעה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



023717



התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 418613079

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר
ת.ז.: 55672992	ת.לדה: 11/02/1959
טל.עבודה/בייד: 0503205040	טלפון: 0508443216
מיקוד: 5256809	מין: ז
	כתובת: התרושת 7, רמת גן

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרס" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
מילוי תעודה ראשונה לנפגע בעב'.
הפניה למעבדה.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: טיפולי כתף אחרי שבר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 01/08/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

02/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 2/02/2025
שעה: 16:55:45

להכונה וסיע: מוקד 3555
<https://www.maccabi4u.co.il>

מכבי

הבריאות המערכת

ל: דהן

ת.ז.: 55672992 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/02/2026

(1720)

אסותא "השלום" כאמפא
אוסטופורוזיס-מחלות עצם
96

בית חולים
מרמאות
יגאל אלון

מילל:

טלפון: 03-7644444

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250240192

היננו מאשרים כי דהן
חבר ב- מכבי שלי
על חשבונו: מכבי שירותי בריאות
לשימוש המוסד נותן השרות :
מאיר ת.ז.: 55672992
ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
גיל החבר: 65

תאריך טיפול:	התחייבות:	ת.ז. חבר:
		
02022025	250240192	055672992

קוד	מס	תאריך טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
CPT	00	צפיפות עצם בשיטת DEXA	24025	2/02/2025	יציאה	1
76075	0					

ישוב: רמת גן
מתאם שרות: הקמה אוטומטית(קליק)
מרכז רפואי: רמת-גן
אורה טל: 03-6750333
4

התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

גססח להתחייבות מספר 250240192:
התחייבות זו עבור שירותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שירותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים :
[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

בברכת בריאות טובה
"מכבי שירותי בריאות"

חצה לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מותר רשימת נותני השרות הניתנת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האישי באתר/אפליקציה או בטלפון 3555
עם הוצאת הטופס החדש הטופס הנוכחי יבוטל

לתשומת לבך, הקופה לא תממן טימול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

מ.ר גורם מפנה



0058508599



023717

קוד הפניה: 418613916



טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	ת.ל.ידה: 11/02/1959	מ.י.ז:	טלפון: 0508443216	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
כתובת: החרושת 7, רמת גן	0055672992	מיקוד: 5256809	טל.עבודה/נייד: 0503206040		

צפיפות העצם

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהזרזים הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
הפניה לצפיפות עצם

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

הבדיקה הדרושה: צפיפות העצם

סיבת הפניה: שבר אוסטאופורוזי בעבר.

לאורך ביצוע הבדיקה עליך להגיע עם התחייבות כספית.
את ההתחייבות אפשר להדפיס במכבי און ליין/מכבי לי.
הנך זכאי לקבלת התחייבות אחת לשנתיים.
במידה ולא הופקה התחייבות אוטומטית עם הפניה זו - יש לפנות למשרד מכבי לבירור הזכאות ולהסדרת טופס התחייבות.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

02/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-365 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 02/02/2026

התימה וחזרת

בסדר גורם ספירה



מסמך אשר
דינטלי
מג'י

משפחה, פנייה וכללי

Abstract

מומחה ברפואה פנימית

03-6201450 :יפול

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הבודק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: מאיר		ת.ז.: 55672992	
ת.לידה: 11/02/1959		מין: ז		טלפון: 0508443216		טל.עבודה/נייד: 0503206040	
כתובת: החרושת 7, רמת גן						מיקוד 52566809	

תאונת עבודה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכחובתו	מקצוע
יוסף	עצמאי	כ		ספר
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
17/01/2025	11:20	נפל בדרכו למקום העבודה		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	
כתף שמאל				

תאור התאווה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול;

ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב . בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית) .
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע מנח היפותרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיחלף ל TRITACE .
מילוי תעודה ראשונה לנפגע בעל .

သက်တမ်း

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הר"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

1977
1978
1979

במשך 90 ימים, היינו מיום: 17/01/2025 עד יום: 16/04/2025 (בכלל)

02/02/2028

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב • תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה. למוסד לביטוח לאומי, אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה עליך אחרייות הבלעדית של הנפגע.



במקרה של אי מסירה נא להחזיר למשרד: מעמ-ת"א מרכז

לכבוד
מירו/ניסו מספרה
שאו"ל המלך 2
תל אביב - יפו 6407801
604-107-000

557346673

מס' תיק

50

ח. מ. א.

52

ס. ת.

מירו/ניסו מספרה

שם העוסק

מע"מ
העתק

מדינת ישראל
רשות המסים
אגף המכס ומע"מ



תעודת עוסק מורשה

557346673

מספר עוסק

זאת לתעודה כי

מירו/ניסו מספרה

שם העוסק

כינוי העסק

תל אביב - יפו

שאו"ל המלך 2

מען

נרשם כעוסק - מורשה
לפי חוק מס - ערך - מוסף
ורשאי להוציא חשבונית - מס

ערן יעקב
מנהל רשות המסים

מעמ-ת"א מרכז
ממונה אזורי

23/11/2003
תאריך רישום

19/05/2020
תאריך הדפסה

העתק תעודה זו הופק במשרד המייצג קביליו עינבל

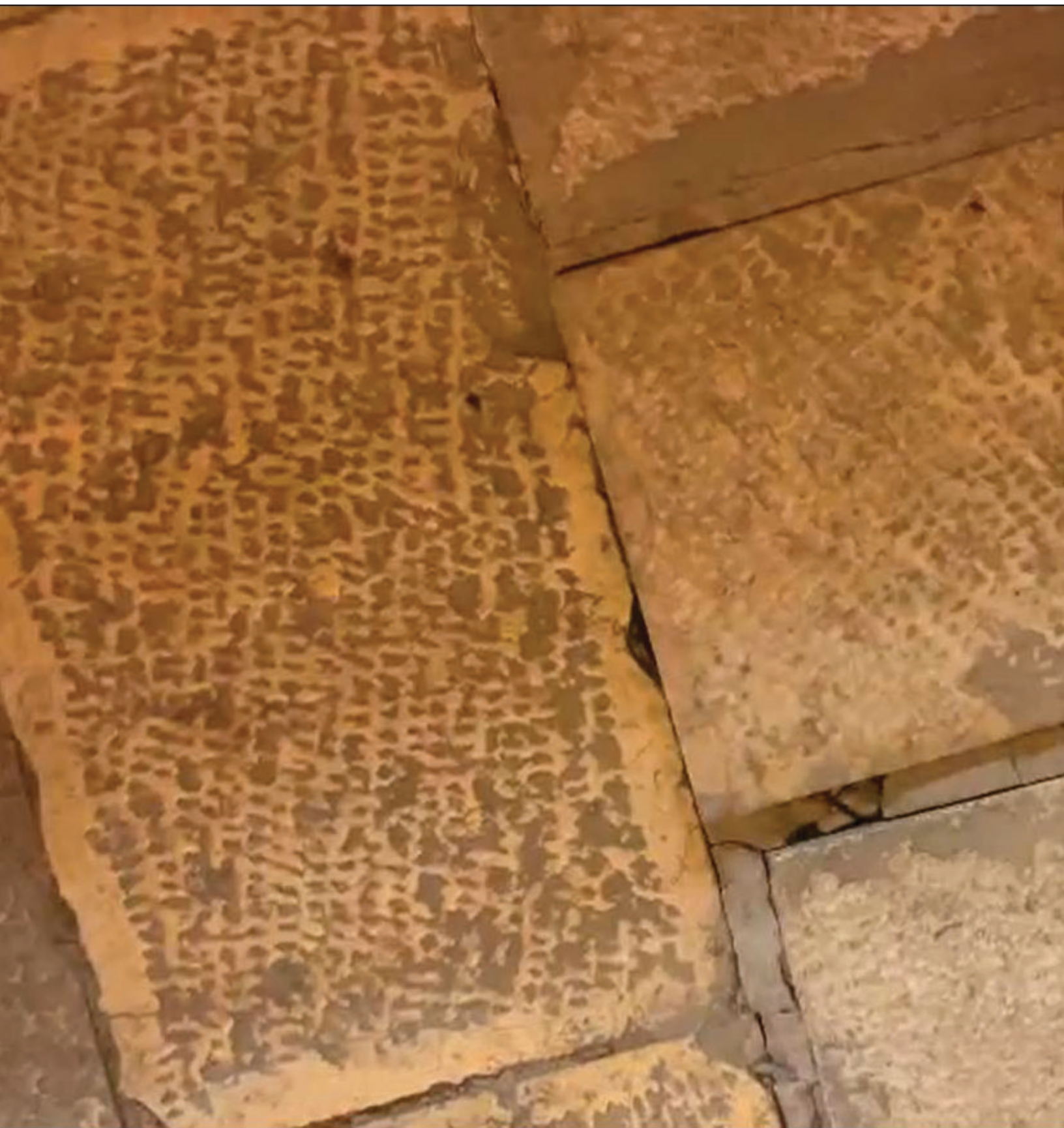
תעודה זו תהיה ברת תוקף רק לאחר חתימת המייצג וחותמת משרדו

לידיעתך:

1. עוסק מורשה רשאי להוציא חשבוניות מס ולנכות מס תשומות החל מתאריך אישור זה.
 2. תוקף אישור זה עד לקבלת התעודה הקבועה, אך לא יותר מ-6 חודשים.
 3. בהתאם לחוק מע"מ יש להציג אישור זה במקום בולט בעסק.
 4. מועד הדיווח הראשון שלך חל מתאריך עד , עבור עסקאות של ה , הכל בהתאם לתקופות הדיווח שנקבעו לך.
- גם אם לא היו לך עסקאות ב , עליך להגיש את הדו"ח.

הערה: רישום למע"מ אינו פוטר מחובת מתן הודעה לפקיד השומה לפי סעיף 134 לפמ"ה.







04.03.2025 14:57



04.03.2025 14:22

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>ד"ר</u>	<u>מאיר</u>	<u>055672992</u>	<u>י"ס</u>
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
<u>החרושת</u>	<u>7</u>	<u>5256809</u>	<u>0503206040</u>
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ מכבי _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכוניס, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 19.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ (חתימה)
אריאל פרידלנד (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מ.ר. 62254

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

<u>חתימה</u>	<u>שם פרטי ושם משפחה</u>	<u>תאריך</u>
--------------	--------------------------	--------------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מאיר צה, מרחוב המלך המעוז 7 תל אביב 6105567, מס' 2992,
ת.ז. מס' 055672992, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו למאיר צה,
נגד 17.6.25 בענין תאונת דרכים מיום 17.6.25
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, ואו 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 ואו 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 ואו 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 11 לחודש 03 שנה 2025

חתימה: אריאל מ.ר. 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מ.ר. 62254
עו"ד