



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**באתר**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

מרץ 2025 17  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

**תאונה מיום 2/7/24**  
**הנפגעת: שרון כהן, ת"ז 20463463**

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

~~לכבוד רב ובב"ח,~~

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~

**פרייברג רסקין עורכי דין**

עמוד 1 מתוך 5

208463463

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  |                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| פרטי התובע                                                                                                                                                                                                                                       |  | שם פרטי                  |  | שם משפחה                 |  |
| כהן                                                                                                                                                                                                                                              |  | שיין                     |  |                          |  |
| מספר זהות ס"ב                                                                                                                                                                                                                                    |  | מספר אישי בצה"ל          |  | מספר זהות של איש קשר     |  |
| 208463463                                                                                                                                                                                                                                        |  |                          |  |                          |  |
| תאריך לידה                                                                                                                                                                                                                                       |  | מספר אישי בצה"ל          |  | שם פרטי של איש קשר       |  |
| 19091996                                                                                                                                                                                                                                         |  |                          |  |                          |  |
| שנה                                                                                                                                                                                                                                              |  | חודש                     |  | יום                      |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                               |  | 09                       |  | 19                       |  |
| 96                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |  |                          |  |
| מין                                                                                                                                                                                                                                              |  | זכר                      |  | נקבה                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| עיסוק                                                                                                                                                                                                                                            |  | שכיר                     |  | מתנדב                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים)                                                                                                                                                                                                                       |  |                          |  |                          |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                     |  | מס' בית                  |  | כניסה                    |  |
| ביטאון                                                                                                                                                                                                                                           |  | 302                      |  | 7                        |  |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                       |  | טלפון נייד               |  | דירה                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 0546740683               |  | 7                        |  |
| דואר אלקטרוני:                                                                                                                                                                                                                                   |  | מס' זהות של איש קשר      |  | שם פרטי של איש קשר       |  |
| @                                                                                                                                                                                                                                                |  |                          |  |                          |  |
| 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      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> 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. |  |                          |  |                          |  |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)                                                                                                                                                                                                       |  |                          |  |                          |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                     |  | מס' בית                  |  | כניסה                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  |                          |  |
| דירה                                                                                                                                                                                                                                             |  | מס' זהות של איש קשר      |  | שם פרטי של איש קשר       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  |                          |  |

|                                                        |  |              |  |
|--------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| פרטי הפגיעה                                            |  | תאריך הפגיעה |  |
| 2024                                                   |  | 2024         |  |
| שנה                                                    |  | חודש         |  |
| 02                                                     |  | 07           |  |
| יום                                                    |  | שנה          |  |
| 2024                                                   |  | 2024         |  |
| פרטים על הפגיעה                                        |  |              |  |
| נכתי לעצמך החלפת גמלאה מלאה, בגובה 100% מהגמלה הקודמת. |  |              |  |

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות  
מס' בית  
רחוב/תא דואר  
מס' כניסה  
דירה  
יישוב  
מיקוד

שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון  
מס' פקס

המקצוע ערב הפגיעה: מפקח מאבט

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

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות  
צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐  
שב"ס ☐ משמר אזרחי ☐  
משטרה ☐ אחר ☐

רחוב/תא דואר  
מס' בית  
יישוב  
מיקוד

טלפון קווי  
טלפון נייד

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 ☒ אינך יודעת ☐

שם בית החולים  
תקופת אשפוז

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?  
לא ☐ כן, פרט ☒ זימתי בדיקות רנטגן, CT, MRI וכד' ☐

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח מאבט

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

| שם הרופא         | תחום מומחיות | כתובת המרפאה            |
|------------------|--------------|-------------------------|
| ד"ר מילא מלכוביץ | אורתופדיה    | צה"ח איכילוב - סניף ת"י |
| ד"ר משה קניג     | כרומה עינית  | סניף 15, ת"י            |
| ד"ר מנחם מלך     | שק מנחם מלך  | צה"ח איכילוב            |

**5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה**

| המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל     | המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| כאבים בראש ובקצסן                   | רצ"ע                                       |
| השאלה האלוהי יתעלה עליה וקושי בחלום | רצ"ע                                       |
| חוסר יציבות מצליחה וצמא             | רצ"ע                                       |
| כאבים בראש ובקצסן                   | רצ"ע                                       |

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל?  
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, 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 4/2/14  
☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_  
 לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או 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 הכנסותי.  
 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 ממשד 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 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 בל/73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".  
 שם גורם מסייע \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_  
 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 |
| אזכר                                                                                                                                                                | בנק לאומי       | 857      | 4138416    |
| <input type="checkbox"/> לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ/המושב <input type="checkbox"/> 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 ממוחשבת, 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 כפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ 19.2.25 חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

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 ביוזעין 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ☒

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

|                                                                                                                                                                      |      |      |                 |  |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----------------|--|----------|
| תאריך הפגיעה                                                                                                                                                         |      |      | מספר זהות/דרכון |  | קוד גמלה |
| שנה                                                                                                                                                                  | חודש | יום  | 208463463       |  | 11       |
| 02                                                                                                                                                                   | 07   | 2024 | שם פרטי         |  | שם משפחה |
|                                                                                                                                                                      |      |      | שון             |  | כהן      |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |      |      |                 |  |          |
| <input type="checkbox"/> כללית <input checked="" type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |      |      |                 |  |          |

2 הצהרה

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 אודותי.

תאריך 19.2.25 חתימת המבוטח x

|            |            |                              |           |       |      |             |            |
|------------|------------|------------------------------|-----------|-------|------|-------------|------------|
| ת.ז.       | 1208463463 | שם המבטח                     | כספי שרון | מין   | נקבה | גיל         | 19/09/1998 |
| תעודת זהות |            | דרכון שלוחה 15 תל אביב - יפו | טלפון     | 66644 | מספר | 054-6740683 |            |

**מס. סופי**

3590000232

**GNG0032 - חדר מיון**

|            |
|------------|
| כספי שרון  |
| עלולה      |
| 20846346-3 |
| 02 07 24   |
| 13208890   |

13208890

**רקע:** נא לטיפולן

**מלונות החולה:**

- \* נפלה ממדרכה לפני 45 דקות, יש כאבים ברגלי ימין בהריון שבוע 12
- לוקחת RIALIN+ VIEPAX, רגישות לפורמן

**בדיקה גופנית:**

- \* קרסול ימין נפוחות דו"צ, המטומה, כאבים ניכרים

**אבחנות:**

\* CONTUSION ANKLE right

**המבוטחת בהריון - גיל ההריון: 11 שבועות 6 ימים.**

**בימים א'- ה' ההפניה בתוקף עד 8 בבוקר של היום למחרת ביום ו' או ערב חג - ההפניה בתוקף עד יום א' או למחרת הוצג ב-8:00 בבוקר שים לב: השעה הקובעת היא זו המחושבת בניירת הקבלה של בית החולים**

**אנא הגע מספיק זמן קודם לשעה 8:00**



תאריך ושעת ההדפסה: 12:41 02/07/2024  
חסי רפואי

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



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

מערך המחלקה לרפואה דחופה  
שחרור רפואי

|                               |                                                 |                             |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה | מנהלת מחלקה: ד"ר בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136 | אחיות אחראית: מרבן רוזנבליס |
| טלפון: 03-6973232             | פקס: 03-6973652                                 | דוא"ל:                      |

|                        |                     |                                                             |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|
| שם משפחה: כהן          | שם פרטי: שרון       | ת.ד.: 208463463                                             |
| תאריך לידה: 19/09/1996 | גיל: 27             | טלפון: 054-6740683                                          |
| מין: נקבה              | מבוסס בקופה: מאוחדת | כתובת: דיזנגוף 302/7 תל אביב - יפו<br>תל אביב - יפו 6311732 |

מתני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 02/07/2024 09:56 מספר מקרה: 13208890

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית  
חבלת קרסול  
מחלה נוכחית  
בת 27, בריאה בדרך מל  
בהריון שבוע 12

ביום קבלתה בדרך לעבודה חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול, לא נושאת משקל

בבדיקה:  
נפיחות והמטומה על גבי פטישון מדיאלי  
רגישות טיבה פרוקסימלית  
ללא רגישות כף רגל  
כאבי סבבה הקרסול  
מניעה בהונות בחופשיות  
שמורה NV  
דופק DP נימוש

בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE  
קובעה בגבס סירקולרי  
השלימה צילום ביקורת - ללא שינוי בעמדה  
לאור הריון לא בוצע CT

משתחררת עם ההמלצות:

| אבחנות במיון                    |       |    |       |      |     |     |     |
|---------------------------------|-------|----|-------|------|-----|-----|-----|
| אבחנה                           | קוד   | צד | תאריך | עיקר | S/P | M/P | Rec |
| MEDIAL MALLEOLUS FRACTURE CLOSE | 824.0 |    |       | ✓    |     |     |     |

|              |                |       |                            |
|--------------|----------------|-------|----------------------------|
| שם: שרון כהן | ת"ז: 208403403 | מקרה: | מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה |
|--------------|----------------|-------|----------------------------|

# יעוצים

פרטי המבקש : וסרמן אריק  
תאריך : 11:57 02/07/2024  
יחידה מיינעת : מרפאת נשים  
הגדרת הבעיה : בת 27, בריאה בדרך מל בהריון שבוע 12, ביום קבלתה חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול, לא נושאת משקל נפוחות והמטומה על גבי פטיון מדיאלי רגישות טיביה פרוקסימלית ללא רגישות מסוקים מניעה בהונות בחופשיות שמורה NV דופק DP נימוש בצילום קרסול-שבר פטיון מדיאלי ואחורי, ללא רושם לפתיחה

השאלה ליועץ : מטופלת זקוקה לטיפול בגבס לחודש והצי, עם טיפול בקלקסן במינון מניעתי של 40 מ"ג. האם יש מניעה לשימוש בקלקסן?

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

סטטוס מטופל

|             |                  |
|-------------|------------------|
| תאריך ושעה  | 12:14 02/07/2024 |
| סטטוס מטופל | ממתין ל-XR       |

## המלצות כלליות

המלצה : רגל ימין בגבס לא להרטיב או להוריד ללא דרכה על רגל ימין  
רגל מורמת ככל שניתן בימים הקרובים  
לא להכניס חפצים או לגרד מתחת לגבס  
פרטים הועברו ליחידת טראומה אשר יצור קשר לגבי החלטה על המשך טיפול  
אם לא התקשר בתוך 3 ימים, להתקשר לתיאום תור מרפאה בטלפון 036974000  
יש לקחת קלקסן מניעתי 40 מג פעם ביום עד ניידות מלאה (כעת ממשיכה לבדיקה במיון נשים, יש לקבל אישור לקלקסן)  
בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא  
חופשת מחלה 6 שבועות  
חופשת מחלה: 6 שבועות.

## הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

## חתימת אחיות משחררות

|           |                        |
|-----------|------------------------|
| זמן חתימה | 02/07/2024 12:41       |
| תפקיד     | אחיות משחררות          |
| שם החותם  | דניאל רחאם מ.ר. 211151 |

## רופאה משחררות

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| זמן חתימה | 02/07/2024 12:41          |
| תפקיד     | רופאה משחררות             |
| שם החותם  | דל'בנאדי עמית מ.ר. 166877 |

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

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

מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביחד.  
אנחנו כאן באיכילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך  
את השירות הרפואי הטוב ביותר.  
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסדרה.

במידה והינך זקוקה לסיוע נוסף, לרשותך:  
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574  
ען - עזרה ראשונה נפשית - 1201  
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363  
מוקד מידע וסיוע משרד החוזה וביטחון חברתי - 118



## מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד החוזה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 8840\*

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 נשים 1203 גברים

ען - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות [www.kolzhut.org.il](http://www.kolzhut.org.il)

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי  
רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



סודי ופואי

|                            |        |                |             |
|----------------------------|--------|----------------|-------------|
| מחלקת: המחלקה לרפואה וחופה | מקרה : | ת"ז: 208463463 | שם שרון כרן |
|----------------------------|--------|----------------|-------------|

תאריך ושעת ההדפסה: 13:19 02/07/2024  
חסי רפואי

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



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

מערך מיילדות  
מנהלון המערך: פחפ' יוגב יריב מ.ר. 29214

## שחרור רפואי

|                     |                                             |                          |
|---------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| שם יחידה: מיון נשים | מנהלון מחלקה: פרופ' מסלוביץ שרון מ.ר. 28775 | אחל'ת אחראית: לירון יונש |
| טלפון: 036973357    | פקס: 036925727                              | דוא"ל:                   |

|                        |                      |                                                            |
|------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|
| שם משפחה: כהן          | שם פרטי: שרון        | ת.ד.: 208463463                                            |
| תאריך לידה: 19/09/1996 | גיל: 27              | טלפון: 054-6740683                                         |
| מין: נקבה              | מבוססו בקופה: מאוחדת | כתובת: דייגוף 302/7 תל אביב - יפו<br>תל אביב - יפו 6311732 |

נמני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 02/07/2024 09:56 מספר מקרה: 13208890

### סיבת הפנייה

סיבה עיקרית: חבלה בגפה  
הערות: מטופלת כבת 27 פנתה למיון בעקבות חבלה בקרסול ימין לדבריה חבלה מבודדת כתוצאה מנפילה לדבריה בהריון שבוע 12.

### אבחנה במיון

| אבחנה                           | קוד   | צד | תאריך | עיקר | S/P | MP | Rec |
|---------------------------------|-------|----|-------|------|-----|----|-----|
| MEDIAL MALLEOLUS FRACTURE CLOSE | 824.0 |    |       | ✓    |     |    |     |

תלונה עיקרית

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הריון נוכחי

גיל הריון: (לתאריך 02/07/2024) 11+6 (לפי וסות), תאריך וסות אחרונה: 10/04/2024  
הריון עצמוני, מספר עוברים: 1

מחלה נוכחית

בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים: 0, רגישות: 0, תרופות: 0.  
היסטוריה מיילדותית: G1 - הריון נוכחי. ספונטני. ו.א. 10/04/2024 לפיך היום שבוע 11+6.  
NT - תקין לדבריה.

פנתה למיון המל' לאחר חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול.  
בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE.  
קובעה בגבס סירקולרי.  
השלמה צילום ביקורת - ללא שינוי בעמדה.

נשלחה להערכה מיילדותית לאור היותה בהריון.

|              |                |       |                  |
|--------------|----------------|-------|------------------|
| שם: שרון כהן | ת"ז: 208463463 | מקרה: | מחלקה: מיון נשים |
|--------------|----------------|-------|------------------|

בבדיקתה: נמוחה, מדדים חיוניים תקינים, ללא חום.  
בטן רכה, לא רגישה, ללא סג"צ. ללא רגישות בנדיקוש מותניים.  
TAS: עובר ויביל עם דופק ותנועות, כמות מים תקינה.

לסיסם - בת 27, בריאה בדר"כ, לקראת לידה ראשונה.  
פנתה לאחר תבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.  
בהערכה מיילדותית מדד עובר תקינים בסונר.  
ללא מניעה משחרר והמשך מעקב מול רופא מטפל.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

< קלקסן מניעת 40 מ"ג פעם ביום עד ללידות מלאה.  
< המשך מעקב רפא מטפל.

< במקרה של כאבי בטן, עליית חום ל-38.0 מעלות ונעלה, דימום בכמות מעל וסת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

#### המלצות כלליות

המלצה:

רגל ימין בגבס לא להרטיב או להוריד  
ללא דריכה על רגל ימין

רגל מורמת ככל שניתן בימים הקרובים  
לא להכניס חפצים או לגרד מתחת לגבס

פרטים הועברו ליחידת טראומה אשר יצרו קשר לגבי החלטה על המשך טיפול

אם לא התקשר בתוך 3 ימים, להתקשר לתיאום תור מרפאה בטלפון 036974000

יש לקחת קלקסן מניעת 40 מג פעם ביום עד ללידות מלאה (כעת ממשיכה לבדיקה במיון נשים, יש לקבל אישור לקלקסן)

בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא  
חופשת מחלה 6 שבועות

חופשת מחלה: 6 שבועות.

#### רופא משחרר/ת

| שם החותם                     | תפקיד  | זמן חתימה        |
|------------------------------|--------|------------------|
| ד"ר גואז מלט שיר מ.ר. 163009 | רופא/ה | 02/07/2024 13:18 |

#### חתימת אחות

| שם החותם                | תפקיד        | זמן חתימה        |
|-------------------------|--------------|------------------|
| יוגש לירון              | אחות משחרר/ת | 02/07/2024 13:19 |
| דעיבס ריהאם מ.ר. 211151 | אחות משחרר/ת | 02/07/2024 12:41 |

רופא מורשה שחרור

השחרור אושר על ידי: גואז

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

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

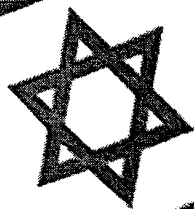
מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביהר.  
אנחנו כאן באיכילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך  
את השירות הרפואי הטוב ביותר.  
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.  
במידה והינך זקוקה לסיוע נוסף, לרשותך:  
השיחת הסוציאלית בית חולים איכילוב - 03-6973574  
ע"פ - עזרה ראשונה נפשית - 1201

סודי רפואי

|              |                |       |                  |
|--------------|----------------|-------|------------------|
| שם: שרון כהן | ת"ז: 208463463 | מקרה: | מחלקה: מיון נשים |
|--------------|----------------|-------|------------------|

נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363  
מוקד מידע וסייע משרד הרווחה וביטחון חברתי- 118



## מנצחים ביחד

מטופלות יוקרה

בימים אלה, סלם עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מזוה במתח נפשי ובדידות.  
להלן מספר טלפון לסייע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאחרים וותיקים: מיצו זכויות, הפגות בדידות, סיוע סוציאלי - 8840\*

יחידת סגולה לאחרים וותיקים 03-6947660

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 צעדים 1203 גברים

עץ - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצו זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות [www.kolzechut.org.il](http://www.kolzechut.org.il)

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574



**- מדבקת**

שם החולה :

: 3.5

שם המחלקה / מרפאה

SC  
דוד מנח

Cleare 40mg  
שם התרופה (מסחרי / חומר פעיל)

$$\frac{\lambda}{\text{מינון}} \times \frac{\lambda}{\text{תדירות}}$$

60 days  
כמות כוללת      משך הטיפול

## הערות וקוד נדרש:

דוד מרת

שם התרומה (מסחרי / חומר פעיל)

מינון X תדירות

כמות כוללת      משך הטיפול

הערות וקוד נדרש:

דוד מנח

שם התרופה (מסחרי / חומר פעיל)

ממנו X תדירות

כמות כוללת      משך הטיפול

העדות לקוד בדרוש:

אישור מנהל תורן  
(לשימוש ב"ח)

אישור רופא מומחה  
(לשימוש ב"ח)

6. חל-מבית 64239, 64239 Weizmann St., Tel-Aviv 64239 פקס: +972-3-5469580 טל: 03-6974444 072-3-6974444 (לשימוש ביי"ח)



|                 |                           |          |       |        |             |     |        |            |
|-----------------|---------------------------|----------|-------|--------|-------------|-----|--------|------------|
| ת.ז: 1208463463 | שם המבוטח:                | כהן שרון | מין:  | נקבה   | ביטוח:      | שיא | ת.לדה: | 19/09/1996 |
| כתובת:          | דרך שלמה 61 תל אביב - יפו | מיקוד:   | 66089 | טלפון: | 054-6740683 |     |        |            |

מס. טופס  
3590000307

הבדיקה הדרושה: אורטופד / אורתופד - ICG0005

רקע: נא לבדיקה באופן דחוף

תלונות החולה:

- העתק מ-02.07.2024: נפלה ממדרכה לפני 45 דקות, יש כאבים ברגל ימין, בהיריון שבוע 12

\*\*\*\*\*

ביום 10.07.2024:

ביקור טלפוני

פגשה למיין ואובחנה כשבר בקרסול. שמה לב שיש כחול באצבאות שוללת כאבים עזים באצבעות, יש עדיין כאבים בכל האיזור בכלל מאז השבר. שולל אצבעות אדומות מאוד, מצליחה לזיז את האצבעות

בדיקה גופנית:

- כללית: לא נבדק

אבחנות:

- CONSULTATION

|              |                      |        |            |
|--------------|----------------------|--------|------------|
| רופא/מטפל:   | ד"ר סולוד לין        | רשיון: | 93878      |
| ותחום עיסוק: | רפואת משפחה          | טלפון: | 03-6941662 |
| כתובת:       | שפרינצק 15 תל אביב - |        |            |



תאריך ושעת ההדפסה: 14:39 15/07/2024  
חסיף רפואי

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



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

מערך אורתופדי  
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מר. 29067

### סיכום ביקור רפואי

|                           |                                        |                |
|---------------------------|----------------------------------------|----------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מר. 29067 | אחיות אחראיות: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                   | דוא"ר:         |

|                        |                     |                                                             |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|
| שם משפחה: כהן          | שם פרטי: שרון       | ת.ד.: 208463463                                             |
| תאריך לידה: 19/09/1996 | גיל: 27             | טלפון: 054-6740663                                          |
| מין: נקבה              | מבטח בקבוצה: מאוחרת | כתובת: דיזנגוף 302/7 תל אביב - יפו<br>6311732 תל אביב - יפו |

תנאי ביקור - תאריך: 15/07/2024 שעה: 11:46 מספר ביקור: 4283876

אבחנה רפואית

מחלה נוכחית

מין 27/24

בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים-0, רגישות-0, קרופות-0, היסטוריה מיילדותית: G1 - הריון נכחי, ספונטי, א.א. 10/04/2024 לפיכך חים שבוע 11+6.

NT - תקין לדבריה.  
פגתה למיון הכללי לאחר חבלה סיבובית ולקרוסול ימין. מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול.

בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פניחה של MEDIAL CLEAR SPACE קובעה בגבס סירקולרי

לסיכום- בת 27, בריאה בדרך כלל, לקראת לידה ראשונה.

פגתה לאחר חבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.

בהערכה מיילדותית מדדי עובר תקינים בסוגר.

ללא מניעה משחרור והמשך מעקב מול רופא מטפל.

צילום ביקורת עמדה מתקבלת.

ללא רגישות ראש פיבולה.

גבס הוחלף למגף AIRCAST

מחלה נוכחית - המשך

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת/חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

|                     |  |                 |  |              |  |
|---------------------|--|-----------------|--|--------------|--|
| סוגי רשמי           |  | מספר: 208463463 |  | שם: שרון כהן |  |
| מחלקת: מרפאה מרפאות |  | מקרה:           |  |              |  |

הפניה לניתוח  
מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות  
המלצה: שימוש בקביים ללא נשיאת משקל.  
ביקורת בעוד חודש.

נחתם ע"י: דר' גולדוירט מיכל מ.ר. 29484

ד"ר מיכל גולדוירט  
מומחה בכ"מ  
15923  
מ



אישור המשרד

- חסוי רפואי -

תאריך

מס. תיק

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

שרות אמבולטורי  
מרפאה אורטופדית

אל: הגבסן

מאת: מרפאה אורטופדית

נא לבצע לחולה:

שם המשפחה

שם פרטי

01148 ☐ טפול בליזור ראשון

00767 ☐ טפול בליזור חוזר

75990 ☐ הוצאת Wire k

75990 ☐ נ. אמבולטורי זעיר

75990 ☐ ניקור ברך

00854 ☐ טיפול חירופודי

75990 ☐ שאיבת גנגליון

00007 ☐ הוצאת גוף זר

00571 ☐ סד בינוני מאורתופלסט

00414 ☐ סד למניעת צניחת הרגל מהקסלים

00413 ☐ סדים לשמירת כתף

00901 ☐ טיפול במכשיר ווגנר

00899 ☐ טיפול במכשיר אליזרופ

00182 ☐ FNA

☐ לקרוא לרופא

00026 ☐ הוצאת תפרים

00023 ☐ החלפת תחבושות

00019 ☐ תחבושות אלסטיות

00194 ☐ תחבושות גיונס

00969 ☐ צוארון רך

29700 ☒ הורדת גבס

29720 ☐ תקן גבס לא חידוש

00969 ☐ מחלה או צוארון

29405 ☐ גבס מתחת למרפק - גבס קטן

00005 ☐ גבס מעל למרפק - גבס גדול

00005 ☐ צינוור פייפ

00005 ☐ גבס עד למפשעה - גבס גדול

00005 ☐ גבס עד למרק - גבס קטן

00846 ☐ גבס הליכה - תיקון סוליה

00581 ☐ הזרקה לפרק

החתימה של הרופא המטפל



סריט - 4504010911

# הזמנה לצילום / בדיקה בתיב ההדמיה

- חסוי רפואי -

מקום לחברקה גדולה

שם החולה: \_\_\_\_\_

העדות זהות: \_\_\_\_\_

שנת לידה: \_\_\_\_\_

חולה אמבולטורי נא לסלח מספר טלפון: \_\_\_\_\_

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי

☐ ממוגרפיה

☐ CT (כולל שיקוף - IVP)

☐ CT

☐ אנגיוגרפיה

☐ MRI

☐ US

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום תגובה: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (בידית)

מצב החולה ושינוע

| מצב נשימתי                             | מצב הכרה                            | אופן העברה למכון                    | מסוגל לעמוד                 | זיהום פעיל                         | הריון                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ללא אמצעי עזר | <input type="checkbox"/> הכרה מלאה  | <input type="checkbox"/> הליכה      | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא ידוע   | <input type="checkbox"/> ק      |
| <input type="checkbox"/> מסכת חמצן     | <input type="checkbox"/> הכרה חלקית | <input type="checkbox"/> כסא גלגלים | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> שחפון     | <input type="checkbox"/> לא     |
| <input type="checkbox"/> +בלון         | <input type="checkbox"/> חסר הכרה   | <input type="checkbox"/> מיטה       |                             | <input type="checkbox"/> MRSA      | <input type="checkbox"/> לא בהר |
| <input type="checkbox"/> מונשם         |                                     |                                     |                             | <input type="checkbox"/> אחר איזה? |                                 |

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביקור: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

|             |  |
|-------------|--|
| PT (sec.)   |  |
| PTT (sec.)  |  |
| INR         |  |
| Pil (/MCRL) |  |
| Hg (gr/dL)  |  |

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: \_\_\_\_\_ BUN \_\_\_\_\_ או \_\_\_\_\_ CREATININE \_\_\_\_\_

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ לא ☐ כן

האם פיתח תגובה (?) ☐ לא ☐ כן

אסטמה? ☐ לא ☐ כן

אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ לא ☐ כן

סכרת מטופלת בגלוקוזאז? ☐ לא ☐ כן

\* אם כן איזו ובמה מתבטאת? \_\_\_\_\_

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה. חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

הערות רדיולוג:

דחיפות הביצוע: \_\_\_\_\_

הוראות ביצוע: \_\_\_\_\_

| סרטים    | 13/18 | 18/24 | 24/30 | 35/43 | 810 | לייזר | אחר |
|----------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-----|
| תקנים    |       |       |       |       |     |       |     |
| מקולקלים |       |       |       |       |     |       |     |

ח. נגוד: \_\_\_\_\_ כמות: \_\_\_\_\_ רופא: \_\_\_\_\_

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: \_\_\_\_\_

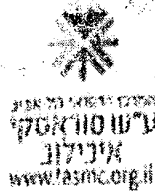
תאריך: \_\_\_\_\_ רנטגנאי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



מס' 6520413409

תאריך השלח: 12/08/2024 31:08  
חשבונית מס' 29067

THE STATE OF ISRAEL  
MINISTRY OF HEALTH  
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER  
affiliated with Tel Aviv University Faculty of Medicine  
E Herta and Paul Amirson St. Tel Aviv 6423906  
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל  
משרד הבריאות  
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוז אסקי  
מסעף למחלקה לרפואת גרון, ראש פיבולה  
רח' ויצמן 6, תל אביב 6423906  
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי  
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

### סיכום ביקור רפואי

|                           |                                         |               |
|---------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067 | אולנת אחראית: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                    | רוא"ל:        |

|                        |                    |                                                             |
|------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| שם משפחה: כהן          | שם פרטי: ישרון     | ת.ז.: 208463463                                             |
| תאריך לידה: 19/09/1996 | גיל: 27            | טלפון: 054-6740683                                          |
| מין: נקבה              | מבטח בקופה: מאוחדת | כתובת: דיזנגוף 302/7 תל אביב - יפו<br>תל אביב - יפו 6311732 |

נתוני ביקור - תאריך: 12/08/2024 שעה: 09:16 מספר ביקור: 44313716

אבחנות רקע  
בריא בדרך כלל

מחלה נוכחית  
מיון 27/7/24

בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים: 0, רגישות: 0, תרופות: 0-0, היסטוריה מילדותית: G1 - הריון נכחי. ספונטי. ו.א. 10/04/2024 לפיכך היום שבוע 11+6, NT - תקין לדבריה.

פנתה למיון הכללי לאחר חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה סגבים ונפוחות בקרסול, ביצוע קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE קובעה בגבס סירקולרי

לסיכום - בת 27, בריאה בדרך כלל, לקראת לידה ראשונה.

פנתה לאחר חבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.

בהערכה מילדותית מדדי עובר תקינים בסונר.

ללא מניעה משחרור והמשך מעקב מול רופא מטפל.

15/7/24

צילום ביקורת עמדה מתקבלת.

ללא רגישות ראש פיבולה.

גבס הוחלף למגף AIRCAST

12/8/24

מרגישה טוב, נעזרת בקביים.

מחלה נוכחית - המשך

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת חשה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

|             |               |      |                         |
|-------------|---------------|------|-------------------------|
| שם שרון כהן | ת"ז 208463463 | מקרה | מחלקת מילואים ארץ ישראל |
|-------------|---------------|------|-------------------------|

מצב הפצע המתוח: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

הפניה לניתוח

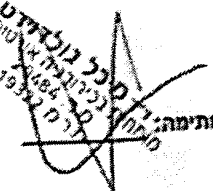
מוכנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: טיפול בפזיותרפיה.

שימוש בקביים נשיאת משקל חלקית בהדרגה לפי טאב.  
ביקורת בעוד חודש.

נחתם ע"י: דר' גולדוירט מיכל מ.ר. 29484.

חתימה:   
 מיכל גולדוירט  
 29484  
 1954  
 סוכרית

# הזמנה לאילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השירות נדחת חובה

כרטיס שרון  
27  
4313716  
12.08.24

שם החולה: \_\_\_\_\_  
תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
שנת לידה: \_\_\_\_\_  
חולה אמבולטורי: \_\_\_\_\_

## ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי  
☐ (כולל שיקוף - IVP)  
☐ CT  
☐ US  
☐ MRI טופס נפרד  
☐ ממוגרפיה  
☐ אנגיוגרפיה

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף  
מקום הביצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

## מצב החולה ושינוע

| מצב נשימתי                             | מצב הכרה                            | אופן העברה למכון                    | מסוגל לעמוד                 | זיהום פעיל                         | הריון                                  |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ללא אמצעי עזר | <input type="checkbox"/> הכרה מלאה  | <input type="checkbox"/> הליכה      | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא ידוע   | <input checked="" type="checkbox"/> כן |
| <input type="checkbox"/> מסכת חמצן     | <input type="checkbox"/> הכרה חלקית | <input type="checkbox"/> כסא גלגלים | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> שחפת      | <input type="checkbox"/> לא            |
| <input type="checkbox"/> +בלון         | <input type="checkbox"/> חסר הכרה   | <input type="checkbox"/> מיטה       |                             | <input type="checkbox"/> MRSA      | <input type="checkbox"/> לא ברור       |
| <input type="checkbox"/> מונשם         |                                     |                                     |                             | <input type="checkbox"/> אחר איזה? |                                        |

## פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):  
778  
השאלה לרדיולוג:  
הבדיקה הדרושה:  
חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_  
טלפון / ביפר: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_

חלק ב' ימולא בהתאם למצב המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

פעולות פולשניות

|              |  |
|--------------|--|
| PT (sec.)    |  |
| PTT (sec.)   |  |
| INR          |  |
| Plt. (/MCRL) |  |
| Hg (gr/dL)   |  |

תיפקודי כליה: \_\_\_\_\_ או \_\_\_\_\_ BUN  
CREATININE  
האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא  
האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא  
אסטמה? ☐ כן ☐ לא  
אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא  
סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא  
\* אם כן איזו ובמה מתבטאת? \_\_\_\_\_

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ויזידית  
בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_  
הערות הרדיולוג:  
דחיפות הביצוע: \_\_\_\_\_  
הוראות ביצוע: \_\_\_\_\_  
כרטיס  
13/18  
18/24  
24/30  
35/43  
810  
לייזר  
אחר  
תקנים  
מקוללים  
ח. נגוד  
כמות: \_\_\_\_\_ רופא: \_\_\_\_\_  
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ רנטגנטי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

09/10/2024

לכבוד:

כהן שרון

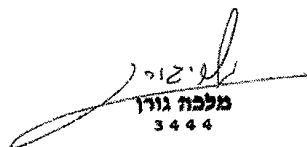
### הנדון: אישור בעלות

לבקשתכם הננו לאשר כי חשבון שמספרו 41384/16  
מספר זה"ב: IL670108570000004138416

מנוהל בבנק לאומי לישראל בע"מ, בסניף 857

ומתנהל על שם:

| שמות המעורבים | סוג המעורבות | סוג זיהוי | מספר הזיהוי |
|---------------|--------------|-----------|-------------|
| שרון כהן      | בעלים        | ת.ז.      | 208463463   |

  
מלכה גורן  
3444

בברכה,  
בנק לאומי לישראל בע"מ  
857



ט.ל.ח

תלוש שכר לחודש 06/2024  
הודפס בתאריך 01/07/2024  
דף 1 מתוך 1

חברה : 247 - אפדום בע"מ  
כתובת : האבעה 21  
ישוב : תל אביב 0  
תיק ניכויים: 943286716  
מספר תאגיד: 514663723  
תיק בי"ל: 94328671600

פרטים אישיים  
מספר זהות: 208463463  
מספר העובד: 0199  
ס.משרה: 1-יחידה  
משרה בי"ל: עיקרית  
בסיס השכר: חודשי  
מחלקה: 001 R&D  
מצב משפחתי: נ+0  
דרגה: 000  
חשבון: 004138416  
ווקט מ-:  
בנק: 10/857

לכבוד  
כהן שרון  
סלמה 61  
תל אביב 0

| תאור התשלום  |            |  | כמות | תעריף  | גילום | שווי למס | התשלום   | נכויי חובה  |     |  | הניכוי   |
|--------------|------------|--|------|--------|-------|----------|----------|-------------|-----|--|----------|
| 001          | משכורת     |  |      |        |       |          | 25600.00 | מס הכנסה    |     |  | 7411.20  |
| 012          | שעות ניס   |  |      |        |       |          | 6400.00  | ב.לאומי     |     |  | 1878.00  |
| 004          | נסיעות     |  |      |        |       |          | 225.00   | מס בריאות   |     |  | 1553.00  |
| 009          | עלות שעה   |  |      | 140.65 |       |          |          | כלל פנסיה   | 009 |  | 1480.20  |
| 024          | שוויארוחות |  |      |        |       | 1696.35  |          | אקסלנס קה"ש | 044 |  | 392.80   |
|              |            |  |      |        |       |          |          | כלל משלימה  | 050 |  | 439.80   |
| סה"כ תשלומים |            |  |      |        |       |          |          | ניכויי חובה |     |  | 13155.00 |
|              |            |  |      |        |       |          | 32225.00 | 1696.35     |     |  |          |

| נתונים נוספים |              |        |                  | נתונים מצטברים |              |           |            | חשבון חופשה |            |      |          |
|---------------|--------------|--------|------------------|----------------|--------------|-----------|------------|-------------|------------|------|----------|
| 15            | ימי עבודה    | 126.4  | ש"ע בחברה        | 21             | שכר חייב מס  | 146862.78 | יתרה קודמת | 2.86        | צבירה ח.ז. | 1.50 | 19070.00 |
| 0.00          | שעות העדרות  | 0.00   | שכר חייב מס      | 33921.35       | שווי למס     | 7317.25   | יתרה חדשה  | 4.00        | ניצול ח.ז. | 1.50 |          |
| 8.40          | שעות ליום    | 8.40   | שכר ב.לאומי      | 33921.35       | שכר ב.לאומי  | 146862.78 | יתרה חדשה  | 0.36        |            |      |          |
| 2.75          | נק. רגילות   | 2.75   | שכר מבוטח        | 32000.00       | מס הכנסה     | 32664.97  |            |             |            |      |          |
| 35%           | אחוז מס שולי | 35%    | בסיס קרה"ש       | 15712.00       | בט. לאומי    | 7799.00   |            |             |            |      |          |
| 9.1466        | קוד מהדורה   | 9.1466 | גמל מעסיק        | 4745.60        | מס בריאות    | 6628.00   |            |             |            |      |          |
| 2/            | חשוב מצטבר   | 2/     | קרה"ש מעסיק      | 1178.40        | כלל פנסיה    | 6340.80   |            |             |            |      |          |
|               | אופן תשלום   |        | לפיצ. לא חייב מס | 2665.60        | ביטוח מנהלים | 0.00      |            |             |            |      |          |
|               |              |        | ב.לאומי מעסיק    | 2273.57        | אקסלנס קה"ש  | 1649.76   |            |             |            |      |          |
|               |              |        | שכר מיז.חודש     | 5880.02        | כלל משלימה   | 1800.00   |            |             |            |      |          |
|               |              |        | שכר מיז.שעה      | 32.30          |              |           |            |             |            |      |          |

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 19070.00 | תשלום |  |
|----------|-------|--|

תלוש שכר לחודש 04/2024  
הודפס בתאריך 01/05/2024  
דף 1 מתוך 1

חברה : 247 - אפדום בע"מ  
כתובת : האבעה 21  
ישוב : תל אביב 0  
תיק ניכויים: 943286716  
מספר תאגיד: 514663723  
תיק בי"ל: 94328671600

פרטים אישיים  
מספר זהות: 208463463  
מספר העובד: 0199  
ס.משרה: I-יחידה  
משרה בי"ל: עיקרית  
בסיס השכר: חודשי  
מחלקה: 001 R&D  
מצב משפחתי: נ+0  
דרגה: 000  
דרגה: 000  
חשבון: 004138416  
וותק מ-:  
בנק: 10/857

לכבוד  
כהן שרון  
סלמה 61  
תל אביב 0

| תאור התשלום  |            | כמות | תעריף  | גילום  | שווי למס | התשלום   | ניכויי חובה  | הניכוי   |
|--------------|------------|------|--------|--------|----------|----------|--------------|----------|
| 001          | משכורת     |      |        |        |          | 25600.00 | מס הכנסה     | 8553.73  |
| 012          | שעות ניס   |      |        |        |          | 6400.00  | ב.לאומי      | 2106.00  |
| 004          | נסיעות     |      |        |        |          | 225.00   | מס בריאות    | 1717.00  |
| 009          | עלות שעה   |      | 140.65 |        |          |          | כלל פנסיה    | 3380.40  |
| 024          | שוויארוחות |      |        |        | 1668.90  |          | ביטוח מנהלים | -2380.80 |
| 022          | שווי מתנות |      |        | 552.00 | 552.00   |          | קה"ש         | -471.36  |
| 018          | בונוס      |      |        |        |          | 2251.00  | אקסלנס קה"ש  | 864.16   |
| 027          | פיצוי נוסף |      |        |        |          | 489.53   | כלל משלימה   | 920.40   |
| סה"כ תשלומים |            |      |        |        |          |          | ניכויי חובה  | 14689.53 |
|              |            |      |        |        |          |          |              | 34965.53 |
|              |            |      |        |        |          |          |              | 2220.90  |

| נתונים נוספים |                  | נתונים מצטברים |              | חשבון חופשה |            | שכר נטו  |  |
|---------------|------------------|----------------|--------------|-------------|------------|----------|--|
| 22            | י"ע בחברה        | 22             | שכר חייב מס  | 1.86        | יתרה קודמת | 20276.00 |  |
| 189.6         | ש"ע בחברה        | 3920.90        | שווי למס     | 1.50        | צבירה ח.ז. |          |  |
| 0.00          | שכר חייב מס      | 79016.43       | שכר ב.לאומי  | .00         | ניצול ח.ז. |          |  |
| 8.40          | שכר ב.לאומי      | 17840.57       | מס הכנסה     | 3.36        | יתרה חדשה  |          |  |
| 2.75          | שכר מבוטח        | 4042.00        | בט. לאומי    |             |            |          |  |
| 35%           | בסיס קרה"ש       | 3522.00        | מס בריאות    |             |            |          |  |
| 9.145         | גמל מעסיק        | 3380.40        | כלל פנסיה    |             |            |          |  |
| 2/כ           | קרה"ש מעסיק      | 0.00           | ביטוח מנהלים |             |            |          |  |
| ישירות        | לפיצ. לא חייב מס | 864.16         | אקסלנס קה"ש  |             |            |          |  |
|               | ב.לאומי מעסיק    | 920.40         | כלל משלימה   |             |            |          |  |
|               | שכר מיז.חודש     |                |              |             |            |          |  |
|               | שכר מיז.שעה      |                |              |             |            |          |  |

|          |        |
|----------|--------|
| 20276.00 | לתשלום |
|----------|--------|

תלוש שכר לחודש 06/2024  
הודפס בתאריך 01/07/2024  
דף 1 מתוך 1

חברה : 247 - אפדום בע"מ  
כתובת : האבעה 21  
ישוב : תל אביב 0  
תיק ניכויים: 943286716  
מספר תאגיד: 514663723  
תיק ב"ל: 94328671600

| פרטים אישיים         |                         |
|----------------------|-------------------------|
| מספר זהות: 208463463 | מספר העובד: 0199        |
| ס.משרה: 1-יחידה      | משרה ב"ל: עיקרית        |
| בסיס השכר: חודשי     | תושב: כן                |
| מחלקה: 001 R&D       | חלקיות המשרה: 1.0000    |
| מצב משפחתי: נ+0      | וותק: 00.04.06          |
|                      | תחילת עבודה: 25/02/2024 |
| דרוג: 000            | דרגה: 000               |
| בנק: 10/857          | חשבון: 004138416        |
|                      | וותק מ-:                |

לכבוד  
כהן שרון  
סלמה 61  
תל אביב 0

| תאור התשלום  |             | כמות | תעריף  | גילום | שווי למס | התשלום   | ניכוי חובה  | הניכוי   |
|--------------|-------------|------|--------|-------|----------|----------|-------------|----------|
| 001          | משכורת      |      |        |       |          | 25600.00 | מס הכנסה    | 7411.20  |
| 012          | שעות ניס    |      |        |       |          | 6400.00  | ב.לאומי     | 1878.00  |
| 004          | נסיעות      |      |        |       |          | 225.00   | מס בריאות   | 1553.00  |
| 009          | עלות שעה    |      | 140.65 |       |          |          | כלל פנסיה   | 1480.20  |
| 024          | שווי ארוחות |      |        |       | 1696.35  |          | אקסלנס קה"ש | 392.80   |
|              |             |      |        |       |          |          | כלל משלימה  | 439.80   |
| סה"כ תשלומים |             |      |        |       | 1696.35  | 32225.00 | ניכויי חובה | 13155.00 |

| נתונים נוספים |              | נתונים מצטברים |              | חשבון חופשה |            |
|---------------|--------------|----------------|--------------|-------------|------------|
| 15            | ימי עבודה    | 21             | שכר חייב מס  | 2.86        | יתרה קודמת |
| 126.4         | שעות עבודה   | 176.4          | שווי למס     | 1.50        | צבירה ח.ז. |
| 0.00          | שעות העדרות  | 33921.35       | שכר ב.לאומי  | 4.00        | ניצול ח.ז. |
| 8.40          | שעות ליום    | 33921.35       | מס הכנסה     | 0.36        | יתרה חדשה  |
| 2.75          | נק. רגילות   | 32000.00       | בט. לאומי    |             |            |
| 35%           | אחוז מס שולי | 15712.00       | מס בריאות    |             |            |
| 9.146%        | קוד מהדורה   | 4745.60        | כלל פנסיה    |             |            |
| 2/כן          | חישוב מצטבר  | 1178.40        | ביטוח מנהלים |             |            |
| אופן תשלום    | ישירות       | 2665.60        | אקסלנס קה"ש  |             |            |
|               |              | 2273.57        | כלל משלימה   |             |            |
|               |              | 5880.02        |              |             |            |
|               |              | 32.30          |              |             |            |

| חשבון מחלה |            |
|------------|------------|
| 4.86       | יתרה קודמת |
| 1.50       | צבירה ח.ז. |
| 1.50       | ניצול ח.ז. |
| 4.86       | יתרה חדשה  |

|          |            |
|----------|------------|
| 19070.00 | שכר נטו    |
|          | נכויי רשות |
| 19070.00 | לתשלום     |

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|              |       |         |             |            |             |        |  |
|--------------|-------|---------|-------------|------------|-------------|--------|--|
| שם משפחה     | כהן   | שם פרטי | שרון        | תעודת זהות | 12086463463 | שם האב |  |
| דיזנגוף רחוב | 302/7 | מס'     | תל אביב עיר | 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 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. \_\_\_\_\_ 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: 10/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

אניאל פרייבג, עו"ד  
מ.ד. 62254

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ שרון כהן  
ת.ז. מס' \_\_\_\_\_ 208463463, מרחוב \_\_\_\_\_ דיזנגוף 302, תל אביב  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_ להיות באי כוחי במשפט של  
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 10 לחודש 10 שנה 2024

  
X \_\_\_\_\_ חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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