



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 15 2025
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 22/5/25
הנפגע: יהונתן ברנס, ת"ז 021783162

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

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

3

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

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

טלפון 03 5689999

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות
מזר חזרה / מנהל / מנהל

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
חמס	50			חמס	6777509

המקצוע ערב הפגיעה: מנהל חזרה / מנהל

3א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

טלפון קווי

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

טלפון נייד

☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☒ כן, פרט 237 ☐ לא

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

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

אני מבוסס בקופ"ח _____

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
כ"ג 23	כאבים בצוואר שמש
י"ז 318	השלכה דלוחי תנועת חזק שמש
י"ב 46	קושי דהירה גמולות
	קושי שזמית גמולות

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

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?
☒ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
שם המעביד וכתובתו _____
תאריך החזרה לעבודה _____
☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית
☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?
☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?
☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ח"ג צ"ן אריאל פרייז	אזא ח"ג ד רמת א	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

יהונתן זיו

מספר חשבון

335541

מס' סניף

28

שם הסניף/כתובתו

סניף זקוקי

שם הבנק

הז/אוי

לחבר קיבוצי או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוצי/המושבי ☐ לחשבון 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 מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 16.10.25 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין 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 בוודאו צ'אט

תאריך 16.10.25 חתימת התובע x

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים			1
תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה	
22/05/2025 יום חודש שנה	21783162	11	
שם פרטי	שם משפחה		
יהונתן	דניאל		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ 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 שנתיני לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.	
תאריך	חתימת המבוטח
16.10.21	X



0308995034



160104

קוד הפניה: 435941735

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

קוד	הבדיקה הדרושה
3560	ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: שבר?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: חבלה בברך שמאל קידמי לפני 3 ימים
כאבים והגבלה בתנועה מאז החבלה
ללא פגיעה בשלמות העור
שולל/ת חבלות נוספות
ברקע בעיות נפש

- CHONDROMALACIA OF PATELLAE (06/2024)
- TOBACCO USE DISORDER ()
- SMOKING CESSATION (03/2019)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (15/05/2023)

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/05/2025 עד תאריך - 20/11/2025

24/05/2025

חתימה וחתימת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

מכתב שחרור

24/05/2025

תאריך:

שעת קבלה: 17:32

שעת שחרור: 18:15

סיבת הפניה:

חבלת ברך שמאל יומיים טרם קבלתו בעת עבודתו, בבדיקתו צליעה אנטלגית ניכרת, נפיחות וקושי בהנעת הברך עם רגישות מקסימלית ב-TT. מנגנון יישור שמור, ללא רגישות סדקים מפרקיים. שמור NV דיסטלית בצילום ספק שבר תלישה זעיר מה-TT, אם כי נראה לא חדש, הונח סד טוטור אחורי המלצות שינוך כאב, רגל מורמת במנוחה, סד גבס למשך 10 ימים, לאחר מכן הסרה עצמית ונסיון דריכה, ביקורת אורתופד בעוד 10 ימים, חופשת מחלה 10 ימים, בעת החמרה ביקורת רופא זמינה

אבחנות פעילות:

- CHONDROMALACIA OF PATELLAE (06/2024)
- TOBACCO USE DISORDER ()
- SMOKING CESSATION (03/2019)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (15/05/2023)

רגישויות:

לא ידוע

תרופות קבועות:

- CIPRALEX 10MG X 28 {1X1X90}
- RESPOND 1MG X 30 {1X1X90}

טיפול אחות

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
24/05/2025	17:36	אומדן כאב	עוצמה: 5	
24/05/2025	17:37	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
24/05/2025	17:37	מיון ראשוני - TRIAGE		
24/05/2025	17:37	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה

אבחנה:

- FRACTURE OF TIBIA Suspected

טיפולים:

POP ABOVE KNEE- APPLICATION X 1



145640

מוקד רפואה דחופה
24/05/2025ד"ר שלזינגר בני
טראומטולוגיה

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

טלפון: 0523161166

מין: ז

ת.לידה: 10/05/1983



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

מכתב שחרור

ד"ר שלזינגר בני

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



0308995034



160104

קוד הפניה: 435941735

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

קוד	הבדיקה הדרושה
3560	ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: שבר?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: חבלה בברך שמאל קידמי לפני 3 ימים
כאבים והגבלה בתנועה מאז החבלה
ללא פגיעה בשלמות העור
שולל/ת חבלות נוספות
ברקע בעיות נפש

- CHONDROMALACIA OF PATELLAE (06/2024)
- TOBACCO USE DISORDER ()
- SMOKING CESSATION (03/2019)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (15/05/2023)

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/05/2025 עד תאריך - 20/11/2025

24/05/2025

חתימה וחומת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



טלפון: 3555*
פקס: 03-7178253
כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

טלפון: 0523161166

מין: ז

ת.לידה: 10/05/1983



מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

0021783162

תמצית הביקור מתאריך 24/05/2025 בשעה 17:35

תאריך הביקור: 24/05/2025

מוזמן למעקב: אין צורך במעקב לביקור זה

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה		



מכון דימות: גבעתיים רנטגן כתובת: בן גוריון 182 גבעתיים טלפון: 03-7184040

גורם רפואי מפנה:

שם: ברנע מנשה

מ.ר: 15218

תאריך הבדיקה: 03/07/2024

תאריך הפיענוח: 03/07/2024

שם הנבדק: ברנס יהונתן

ת.ז. הנבדק: 21783162

כתובת הנבדק: הראובני 4/4 רמת גן 5233131

טלפון הנבדק: 052-3161166 טלפון נייד: 052-3161166

תשובת בדיקת דימות: 24494555

ברך 2 צילומים + צלום נוסף

סיבת ההפניה:

בירור

ממצאים:

ימין:

===

ללא שבר או פרקיה.

מבנה גרמי שמור.

מרווח מפרקי שמור.

לקרולציה אורטופדית.

בברכה

דר פראס קואסמה

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 130095

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

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

גרסה 1/1



מכון דימות:השלום כתובת: יגאל אלון 96 תל אביב-יפו טלפון: 03-7614020

גורם רפואי מפנה:

שם: דביר אברהם

מ.ר: 27635

תאריך הבדיקה: 24/05/2025

תאריך הפיענוח: 24/05/2025

שם הנבדק: ברנס יהונתן

ת.ז הנבדק: 21783162

כתובת הנבדק: הראובני 4/4 רמת גן 5233131

טלפון הנבדק: 052-3161166 טלפון נייד: 052-3161166

תשובת בדיקת דימות: 25401125

ברך 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

צילום ברך שמאל

=====

אין עדות לשבר או ממצא פתולוגי אחר.

בברכה

ד"ר אינה קפליאן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 22065

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

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

גרסה 1/1

תאריך: 26/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר אדלר כהן חגית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6770666

כתובת: תל חי 33, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/05/2025 עד יום: 29/05/2025 סה"כ: 5 ימים.

26/05/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

תאריך: 05/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר אדלר כהן חגית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6770666

כתובת: תל חי 33, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 01/06/2025 עד יום: 01/06/2025 סה"כ: 1 ימים.

05/06/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך



פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ברנס	שם פרטי: יהונתן
ת.ז.: 21783162	טל.עבודה/נייד: 0523161166
ת.לידה: 10/05/1983	מין: ז
כתובת: הראובני 4/4, רמת גן	מיקוד: 5233131

תמצית הביקור מתאריך 05/06/2025 בשעה 17:10

תאריך הביקור: 05/06/2025

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תאונת עבודה	23/05/2025	30/05/2025
אישור	אישור מחלה	01/06/2025	01/06/2025
דף מידע	תאונת עבודה – מידע לחבר		



0002862324



012656



קוד הפניה: 451062985

טלפון: 0505534800

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: לח"י 5, קרני שומרון

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד: 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
3600	קרטול שמאל שני צילומים (AP+LAT)
2100	עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)
2050	עמוד שדרה צווארי (AP+LAT+שני אלכסונים)
3561	שתי ברכיים 2 צילומים (AP בעמידה ולטרל בשכיבה)

שאלה למבצע הבדיקה: האם שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 05/08/2024 בשעה 14:23:21
30 קמ אופניים כאב והגבלת תנועה כתף ימין ל סונר כתף ימין

בביקור בתאריך 27/08/2024 בסונר כתף במפ לארקוקסיה 90

בביקור בתאריך 02/09/2025 בלפני כחודש תד החליק עם אופנע עדיין כאב קרטול שמאל גב תחתון צוואר וברך שמאל לצילום

ממצאים:

בביקור בתאריך 27/08/2024 בשעה 17:32:17

בביקור בתאריך 02/09/2025 בשעה 17:19:14

- ROTATOR CUFF SYNDROME Right
- LOW BACK PAIN

אבחנות:

- CHONDROMALACIA OF PATELLAE (06/2024)
- TOBACCO USE DISORDER ()
- SMOKING CESSATION (03/2019)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (15/05/2023)

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/09/2025 עד תאריך - 01/03/2026

02/09/2025

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>21783162</u>	<u>יהויה</u>	<u>דניס</u>
שם האב	שם פרטי	שם משפחה
<u>0523161166</u>	<u>5233131</u>	<u>החל/ח'</u>
טלפון	מיקוד	רחוב
	<u>רח' עז</u>	<u>4</u>
	עיר	מס'

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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 משהדר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 10/8/85 עד לחתימה ומס' **עו"ד אריאל בריינברג**
מס' רשיון: **62254** חתימה: _____ X

יפוי כח

אני הח"מ, יהויתן זיו
ת.ז. מס' 21793162, מרחוב המאות 4 רמת
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"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.

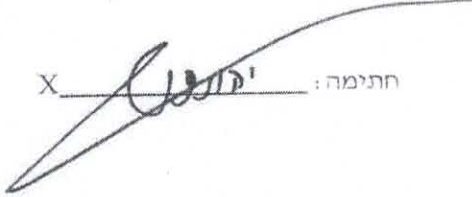
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 8 שנה 25

חתימה: X 

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין