



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 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 18/09/2025
הנפגעת: הודיה חג'מי, ת"ז 313289282
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשתי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 2 8 2 9 2 3 1 3

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
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	

פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
חג'מי	הודיה
טלפון קווי	טלפון נייד
	0 5 0 9 8 0 7 1 7 2
דואר אלקטרוני: hodaya199503@gmail.com	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
3 1 3 2 8 9 2 8 2	
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	
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 מהרשום במשרד הפנים	
רחוב / תא דואר	מס' בית
דירה	כניסה
יישוב	מיקוד

פרטי מקום העבודה – אם אתה גמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א	
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית	
שם מעסיק/ מפעל	
תפקיד התובע במקום העבודה	
ממין	
רחוב / תא דואר	מס' בית
דירה	כניסה
יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
מספר פקס	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:	
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:	
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)	
שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
דירה	כניסה
יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	

הגדלה
של
המסמך
אפשר
לדפוס

מסמך זה חופף באמצעות מערכת דיר-גל
לדפוס, נא לא לשלוח אותו

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
18/09/2025 שנה חודש יום	ה'	01:02	18/09/25	
היכן אירעה הפגיעה? <u>במהלך העבודה:</u> ☒ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ <u>מחוץ למפעל</u> ☐ <u>בדרך לביתך</u> ☐				
<u>בתאונות בדרך:</u> נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____ <u>כתאונת שבה אירעה הפגיעה</u> _____				
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט <u>כחומר זריק אחיד מאחורי "גוף"</u> <u>"חילוץ"</u>				
האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן / פרט: _____				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☒	מזה
אס"י		052-7788768		
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐	מזה
נא"מ		050-8286800		
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	
18/09/2025 שנה חודש יום	אס"י	מזה	052-7788768	

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום 14/5/2015	שעה 14:52	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצב כיום? ☒ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
ד"ר א. א. א. א.	רפואת משפחה	תלפון המרפאה 03-5387222

5 סינוע 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 להדגיש ייפיו 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 בל73: "ייפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף ד"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה 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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובתו _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☒ כן, נא לצרף _____
 התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			18	09	2025

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי 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 (הקדוה 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 להעביר לחשבון הפרטי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון		הודיה	חג'מי
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
5987100		843 - קרית אנו	10 - לאומי

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון 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 כתביעה 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 ביורר זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 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.

תאריך 05/10/2025 חתימת התובע * *רחובת קרית*

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

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

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

הורגל
שטר, וכתובת
והטאני אותו

מספר זה הופק באמצעות מערכת "הורגל"
מחזור שטר, משאבי אנשי נוכחות

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

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

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

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
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

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

א. כ. א. ס. א. (שכר קיבלנו קצת) _____

תאריך תחילת עבודה: 24/8/25 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב- % _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ביטוח החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש 9/25	10	☐	☐	2115		
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 באמצעות המעסיק מפיק ומלווה שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר למחלקת שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך 05/10/2025 מספר טלפון: _____

הדגל
סמל
מדינת ישראל

מספר זה הופק באמצעות מערכת "יר-גל"
מחשבת שכר, כשאינו נובעת

O.P.S.I (International Handling) Ltd.
Authorized Service Contractor for UPS
1 Sakun Street
Ben-Gurion Airport, 70100, Israel
Registered ID no. 51-191369-6

O.P.S.I (International Handling) Ltd.
Authorized Service Contractor for UPS
1 Sakun Street
Ben-Gurion Airport, 70100, Israel
Registered ID no. 51-191369-6

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: 05/10/2025 תפקיד החותם: תאריך שם החותם: חתימה

C.F.S.I. (International Handling) Ltd.
Authorized Service Contractor for UPS
1 Saifun Street
Ben-Gurion Airport, 70100, Israel
Registered ID no. 51191989-6

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 בנסח הישן)

קיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 1 3 2 8 9 2 8 2

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 3 1 3 2 8 9 2 8 2	תאריך הפגיעה שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	הודיה
חבר בקופת חולים	מאומדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐	

2

הצהרה

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 אודותי.

חתימת הנבדט *

05/10/2025

תאריך

מסמך זה הופק באמצעות מערכת "חר-גל"
פתרונות שבר, משאבי אנוש ומכרות

הר-גל
שכר, מכרות
ומשאבי אנוש



בל 211 (05.2022)

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה חודש יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכיים		טלפון קווי	
רחוב / תא דואר		מס' בית		יישוב		מיקוד	
						טלפון פקס	

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע		שם פרטי		שם משפחה	
שם פרטי		הודיה		חג'מי	
מספר זהות / דרכון		מין		זכר ☐ נקבה ☐	
3 1 3 2 8 9 2 8 2					

פרטי התאונה		נפגע בתאריך		שם	
כאשר עבד ב		18/9/25		שנה חודש יום	
מקום התאונה:		במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		כתובת מקום התאונה	
תיאור התאונה		קטן ממשקל		האיבר שנפגע	

הצהרת המעסיק		תאריך		05/10/2025	
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 _____	
שם החותם		חש		שם החותם	

Q.T.S. (International Handling) Ltd.
Authorized Service Contractor
Ben-Gurion Airport, 70100, Israel
Registered ID No. 51-191989-6

מוסר זה הופק באמצעות מערכת "הר-נל"
מחנות שר, משאבי אנוש ונוכחות



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/250 (06.2020)

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור.

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת"ז: 313289282
גיל: 30	מין: נקבה	טלפון נייד: 0509807172
תאריך ביקור: 02:14 26/09/2025	מספר ביקור: 00370126092025	קופת חולים: קופ"ח מכבי
כתובת: הוז דב 8 אור יהודה 6020808		

אבחנות מסכמות

- Injury of head [trauma] (959.01)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בת 30, בריאה בד"כ. לדבריה היום נפל עליה ארגז כבד בעבודתה על הגב + צוואר + ראש. שוללת נפילה/ עילפון/ אובדן הכרה. ללא הקאות. בקבלתה - יציבה וחיונית, ללא הגבלה בתנועה.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
02:29 26/09/2025	4				
02:26 26/09/2025			56		100
02:25 26/09/2025		36.7		110 / 74	

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' סורודג'ון יוסף מ.ר. 176134 02:51 26/09/2025

בת 30 לפני כשבוע נחבלה בזמן עבודתה - נפל משא כבד על הראש והצוואר שלה, פנתה למיון במוסדנו ושוחררה כעת פונה לאור החמרה בכאבים בבדיקתה צוואר חופשי מתהלכת בתבנית תקינה ללא חסר נורולוגי גס בפיזור L2S1 ו C5T1 ללא סמני UMN

המלצות

פרטים

תאריך ושעה

26/09/2025 02:52
שיכון כאב לפי צורך
מעקב רופא מטפל
השלמת CT עם צווארי ולאחר מכן ביקורת אורטופד בקופ"ח

שם מלא: חג'מי הודיה 313289282

נחתם ע"י: דר' סורודג'ון יוסף מ.ר. 176134
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.
במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לבירור תשובת תרבות/ירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה
משתחררים ממיון? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אונליין מהבית



למידע נוסף סרוקו

שם: חג'מי ת.ז.: 0 313289282 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/07/2026

בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
טלפון: 03-7644444 מייל: 69710

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 251040182

היננו מאשרים כי חג'מי הודיה ת.ז.: 313289282
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 30

לשימוש המוסד נותן השרות:

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
313289282	251040182	05102025

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	מס
CPT	כניסה/טיפול	תאריך	תאריך	מס
01 0 72127	50601	5/10/2025	1	1
CT	בנותן שרות	כמות	יצאה	כמות
01 0 72127	50601	1	1	1

ישוב: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה אופירה 1
מתאם שרות: טל: 03-5387222

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

נספח להתחייבות מספר 251040182:
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 שרותי בריאות.
אתר אסותא מרכזים לזימון תורים: [HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החייל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה מבוצעת באחת משלוחות אלה.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי 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 מתוך 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 טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.



קוד הפניה: 455565104

טלפון:
פקס:
כתובת:

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: הודיה

ת.ז.: 313289282

ת.לידה: 05/03/1995

מין: נ

טלפון: 035333954

כתובת: הוז דב 8, אור יהודה

מיקוד: 6020808

טל.עבודה/נייד: 0509807172

0313289282

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב
(C.T) טומוגרפיה ממוחשבת
20 הברזל
69710
03-7644444

בדיקה דרושה		פרוטוקול ביצוע הבדיקה		קוד מב"ר
עמוד שדרה צווארי				L1039
מידע נוסף		פירוט		
אסטמה		כן		
תאריך ביצוע	לפני	תוצאה		בדיקת מעבדה
14/07/2025	83 ימים	0.92		Creatinine
14/07/2025	83 ימים	84		eGFR

שם הרופא: יועץ חיצוני

תאריך: 05/10/2025

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 05/10/2025 עד תאריך - 02/07/2026

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



034022

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33

תאריך הביקור: 05/10/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
PRIZMA 20MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. PRIZMA 20MG X 30 < 1 OP > [9274] CAP. FLUTINE 20MG X 30 < 1 OP > [9346]
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 24 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבו	19/09/2025	19/10/2025
אישור	אישור רפואי		
דף מידע	תאונת עבודה – מידע לחבר		

פרטי גורם מטפל

מס ביקור

000327729542

שם גורם מטפל: ד"ר שהינו לריסה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246



פרטי מטופל

ת"ז

0313289282

שם מטופל: חג'מי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים ו-7 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

מין: נ

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 05/10/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. fluoxetine hcl 20 mg * PRIZMA, FLUTINE	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום * עם האוכל	30 ימים	1 טבליה				05/10/2025-02/11/2025	- כמות לניפוק: TAB 30 ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	24 ימים	1 טבליה				05/10/2025-02/11/2025	- כמות לניפוק: TAB 24 ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

פרטי גורם מטפל

מס ביקור


000326444170

פקס: 073-2132117

שם גורם מטפל: ד"ר אלפרוב ודים

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222



פרטי מטופל

ת"ז


0313289282

מין: נ

שם מטופל: חג'מי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 18/09/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
oral drops valerian 25 mg/ml VALERIAN DR 10ML, * VALERIAN DR 20ML, VALETON	לבליעה 40 טיפות 1 פעם ביום	20 ימים	40 טיפות				18/09/2025-16/10/2025	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: ג	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	טל.עבודה/נייד: 0509807172

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב גדעון	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	UPS חברת משלוחים	מיון חבילות	
ת. פגיעה 18/09/2025	שעה 01:00	התעסקות בשעת הפגיעה עבדה במתקן		
האיבר שנפגע ראש, צוואר, גב	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42
חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה
כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון.

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44
נבדקה במיון
לא איבדה הכרה
עדיין כאבים בראש, צוואר, גב
מרגישה לחץ וסטרט

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42
יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון,
ללא חוסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44
ללא הגבלה בתנועות צוואר
רגישות קלה מעל עמ"ש
ללא סימני חסר נוירולוגי

אבחנה:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

מסמך אישור
דינטיס
מכבי

034022

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

פרטי הנבדק:

טל. עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

מיקוד 6020808

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

(בכלל)

19/10/2025

עד יום:

19/09/2025

במשך: 31 ימים, היינו מיום:

05/10/2025

אישור
רפואי
מכבי
שירותי בריאות

חתימה וחומת 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 על

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 05/10/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שהינו לריסה

מ.ר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל. עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



0313289282

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

מיקוד 6020808

אישור רפואי

תלונות: עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

אבחנות:

• LEG PAIN

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

05/10/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 20/10/2025

מ.ר. גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: הודיה

ת.ז.: 313289282

טל. עבודה/נייד: 0509807172

מיקוד 6020808

טלפון: 035333954

מין: נ

ת. לידה: 05/03/1995

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 19/09/2025 עד יום: 27/10/2025 סה"כ: 39 ימים.

20/10/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חתימה וחותמת הרופא



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995

כתובת:

הוז דב 8, אור יהודה

מיקוד 6020808



0313289282

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
גדעון		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42 יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון, ללא חוסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44 ללא הגבלה בתנועות צוואר רגישות קלה מעל עמ"ש ללא סימני חסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 20/10/2025 בשעה 14:57:39 עדיין כאבים בצוואר, גב וראש מאז תאונה חשה מתח וחרדה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 8 ימים, היינו מיום: 20/10/2025

עד יום: 27/10/2025 (בכלל).

20/10/2025

תאריך הבדיקה

ד"ר ש.ה.ג.ר.
רופא פנימית
מ.ר. 034022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 20/10/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



0313289282

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

מיקוד 6020808

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42 חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון.

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44

נבדקה במיון, הומלץ על CT עמ"ש צווארי

לא איבדה הכרה

עדיין כאבים בראש, צוואר, גב

מרגישה לחץ וסטס

בביקור בתאריך 20/10/2025 בשעה 14:57:39

עדיין כאבים בגב, צוואר וראש

חשה מתח וחרדה מאז נפילה

עדיין כאבים ברגל שמאל מאז תאונה ב-2024

אבחנות:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

20/10/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: ה' 28 שם פרטי: ה' 8 מס': 8 עיר: יבנה מיקוד: 6020808 שם האב: 313289282 טלפון: 035333954

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו וא/או מי מטעמם וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 תחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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: _____ מכוניס, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ שם תאב _____ ת.ז. _____
תאריך: 23/00/25 עד לחתימה ומס' _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: ד"ר רחל X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

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

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____

י פ ו י כ ה

הוק'ה חל'ה

אני הח"מ, 318289282, מרחוב הפ' 23 א'ר יח'ר, ת.ז. מס' 318289282, מונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לענין 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 חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
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 חזרושות 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 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 הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אתונה, 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 תחוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מתן 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 23 לחודש 10 שנה 2025

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

X חתימת: אריאל פריינד

מס' ז"א: 45229
מס' ז"א: 45229

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין