

1. רווק
2. שכונה 17, אלסלאח 41 רהט.
3. בית חולים סורוקה, קופת חולים כללית, מרכז "בריאותא" בבאר שבע, מרפאה פסיכיאטרית ומרפאת ריאות וכמפורט בתעודות הרפואיות.
4. הייתי מעורב בתאונת עבודה לפני כן כפי שיפורט.
5. כן, ת"ע במרץ 2020 נקבעה לי נכות בשיעור 5%.
6. כמפורט בנספחי כתב התביעה ובחוות הדעת.
7. אחרי האירוע הקודם התחזקתי החלמתי חזרתי למעגל העבודה ואז נפגעת.
8. א. נכות בשיעור 5%.
9. ב. קיבלתי בגין נכויות זמניות.
9. לא שירתתי.
10. רצ"ב רציפות מעסיקים.
11. כן. לאחר התאונה הייתי באי כושר מלא למשך חצי שנה, מאז חזרתי בהדרגה לעבודה, אך עדיין מתקשה בביצוע העבודה, מתקשה בניהול שגרה וצריך להתמודד עם מצבי.
12. לאחר תקופת טיפול והחלמה שבתי למעגל העבודה.
13. כן, במהלך העבודה.
14. כן, תביעה לנכות מעבודה, 5% כמפורט.
15. לא
16. מעקב רפואי, טיפול תרופתי וליווי בריאות הנפש.
17. היעדרות ממושכות מהעבודה, הוצאות בגין נטילת טיפול תרופתי, הוצאות נסיעה, הוצאות בגין עזרה וניהול היומיום.
18. לאחר התאונה, כן, עזרת הזולת לעזרה מצד המשפחה, בהסעות ונייד, ניהול משק הבית ושגרה
19. במסגרת העבודה במפעל, נדרשתי לעבוד בסביבת עבודה של חומרים כימיים, הם התלקחו, התפוצצו ופרצה שריפה.
20. הייתי במפעל, היה עובד בחוץ שברח, סבלתי משאיפת עשן והצלחתי להיחלץ. כוחות ההצלה והכיבוי הגיעו ולמיטב ידיעתי נוהלה חקירה.
21. ממה שידוע לי הנושא נחקר הן על ידי הרשויות והן על ידי המשטרה וכיבוי אש.

אמיר אלקרינאוי

אישור

הנני מאשר בזה כי ביום 6.11.25 הופיע בפני (טלפונית), עו"ד אריאל פרייברג, במשרדי ברחוב אבא הלל 7, רמת גן, מר אמיר אלקרינאוי, המוכר לי אישית ולאחר שהוזהר כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו וחתם עליה.

אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך: _____

לכבוד
משרד הביטחון
היחידה לפניות ותלונות הציבור
רח' קפלן 37
תל אביב 61909

ג.א.ג.,

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מספר אישי בצה"ל
שם האב	רחוב	מספר	עיר
			מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור למבקשים עו"ד מ. ברנד ו/או איילון חברה לביטוח בע"מ ו/או מנורה חברה לביטוח בע"מ ו/או ערן מור שירותי איסוף מידע ו/או תיקל שירותי איתור ואיסוף מידע ו/או מדיטון א.ח.ר. (להלן: "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרשו המבקשים על מצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיהם או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם 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 מידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים או רופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים הנ"ל.

חתימה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם התובע: _____ מספר הזהות: _____

שמות קודמים: _____

מרחוב _____

- נגד -

שם הנתבע: _____ מספר הזהות/ ח.פ: _____

מרחוב _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה _____, מספר תעודת זהות: _____, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות לרופא, לגוף סיעודי או שיקומי, קופת חולים ובית חולים, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לצבא הגנה לישראל, ליחידה הרפואית לעובדי המדינה, למרפאות בריאות הנפש, לשרות בתי הסוהר (להלן - המוסדות), למסור לנתבעים או לאחד מהם או למי מטעמם כל עותק מכל מסמך רפואי שברשותם, בלא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בתחומים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים (מחק את המיותר), על מצבי הסיעודי, השיקומי והתפקודי; לעניין הליך זה, ולמעט מידע אחר מיותר כדלקמן: _____.

הריני משחרר ופוטר אתכם או את עובדיכם או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או מחלותיי האמורים ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע האמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את יורשיי, את מנהל עובוני, את באי כוחי וכל מי שיבוא במקומי.

שם החותם (במקרה של אדם שמונה לו אפוטרופוס יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר תעודת זהות: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העד לחתימה: (רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, סוכן ביטוח, מורשה חתימה בבנק)

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר תעודת

זהות: _____

כתובת: _____

מספר רישיון: _____

תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____

* בתביעות עיזבון יש לצרף טופס זה בשינויים המחויבים.