



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



בנובמ 13 2025
office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות כללית
מרחוב ישראל גלילי 7 ראשון לציון

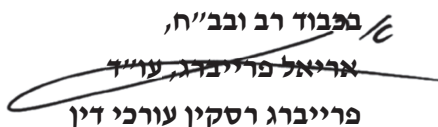
א.ג.נ, שלום רב,

המבוטח: יוסף מאיר, ת"ז 58620717
תביעה לנכות כללית

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון.

2. מצ"ב טופס תביעה לקצבת נכות כללית בצירוף נספחים.

3. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

Tel: 03-7412358 ; Fax: 077-3180983 Office@Freiberg-law.com

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

יפוי כח

אני חותמת, מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף
 ת.ז. מס' 7-475665-5 מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף
 ממנה בוח את עמיד אריאל פרייברג ואו מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף
 נגד מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף מרת מרים יוסף
 מבלי לפגוע בכלליות חמיוני הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל חליף אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשוטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל דופא 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 כה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בורדין 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 דעתי 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 חוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פט"ד או החלטת או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה 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 באשום שלא בנוכחותי ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי ולעגני בפני רושם חקיקעות, במשרדי ספרי אתונה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למוניהם 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 השיטופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטובל 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 חסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולסגור אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומעיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו וא מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

חמילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 _____ לחודש _____ שנה 2025 9

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פרנקל, עו"ד
62254
מ.ר.
עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מאיר	יוסף יוחאי	20883139	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
החרצית	10	ראשל"צ	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

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 מטעמן 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 מטעמן 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. _____

תאריך: 15/9/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
חתימה: _____
מ.ר. 62254



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

- ✎ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר מצבך הרפואי, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- ✎ אם אתה שכיר:
 - ✎ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים. (אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
 - ✎ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה יש לצרף אישור מהמעסיק או מחברת הביטוח.
- ✎ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף יפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✎ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- ✎ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את זכאותך בהבטחת הכנסה, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ✎ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ✎ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ✎ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 6

58620717

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

פרטי התובע		שם פרטי		שם משפחה	
58620717		יוסף יואל		מאיר	
פרטי בן / בת זוג		מספר זהות בן זוג (נשוי / י.צ.)		מצב משפחתי	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
החצית	10			תל אביב	7543110
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
039519666	0505694949	@			
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים דיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת זהות)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)	
☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____ ☒ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____ ☐ אני ממשיך לעבוד	
האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה? ☐ לא ☐ כן, מהמעסיק (צרף אישור) ☐ כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים)	
האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'? ☐ לא ☒ כן, פרט: _____ (צרף אישור)	
על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☐ כן	☐ כן
2 ☐ הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 ☐ יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ☐ ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ☐ ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ☐ ליקוי ראייה ומחלת עיניים-האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור ☐ לא ☐ כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור ☐ לא ☐ כן		☐ כן	☐ כן
7 ☐ מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		☐ כן	☐ כן
8 ☐ מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☐ כן	☐ כן
9 ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		☐ כן	☐ כן
10 ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 ☒ מחלת לב	31.8.25	☒ כן	☒ כן
13 ☐ מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☒ כן	☐ כן
15 ☐ סכרת		☐ כן	☐ כן
16 ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 ☐ קורונה		☐ כן	☐ כן
18 ☐ נפגע/ת תקיפה מינית		☐ כן	☐ כן
19 ☐ אחר		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):
☒ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☒ צנתור ☐ אנדוסקופיה
 האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☒ לא ☐ כן, תאריך תאונה: _____ - חובה לענות על שאלה זו
 האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב) ☒ לא ☐ כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו
 תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך
 האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☒ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות
 אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

נא לחתום למטה אם אתה מעדיין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד.

חתימת התובע *

58620717

נא למלא מספר תעודת זהות

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
☐ יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפוטרופוס ☒ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:	כ"מ	א"ל	066030930
☒ יפוי כוח ☐ צו אפוטרופוסות ☐ פסק דין ☐ אחר:	טלפון להתקשרות	דואר אלקטרוני	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק	037412358	frei.ari@gmail.com	
תאריך _____ חתימה *			

5

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
~ א"ל יו"ר	בנק י"ר	סניף ירושלים	130	109622
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי 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 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 יאה עלי להמציאם לפי דרישה.				
תאריך	חתימת תובע הקצבה *	חתימת/חתימות השותפים לחשבון *	קרבה לתובע	
13.12.25				

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה. אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות. אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין. אני מסכים לוועדה בוידאו צ"ט ☐ כן ☐ לא ☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות. חתימת התובע או מגיש התביעה *

58620717

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים			
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
33	58620717	31/08/2025 שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
מאיר	יוסף		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטתי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך: 13.11.25 חתימת התביעה: x

58620717

נא למלא מספר תעודת זהות

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



**אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק		שם המעסיק
מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.		
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני

פרטי העובד השכיר		שם משפחה
שם פרטי		מספר זהות ס"ב
העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____ ☐ פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ ☐ ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____ ☐ יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ ☐ ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____		

תשלומים אחרים	
1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) ☐ לא ☐ כן 2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? ☐ לא ☐ כן, שם החברה _____ מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____	

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')	
			סכום	סיבה
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחתימת המעסיק/העסק *

מס' זיהוי	58620717	רחוב	החרצית	לקוח גג מכבי
מטופל	מאיר יוסף יוחאי	מס' בית	10	
מס' נבדק	20883139	עיר	ראשון לציון	לא ידועה רגישות לתרופות
גיל	61Y/5M	טלפון	03-9519666	
שם ההורה	אברהם	טלפון נוסף	050-5694949	חולה סוכרתי

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

סיכום רפואי

רגישויות

לא ידועה רגישות לתרופות

Diagnosis	DV-CAD, Double Vessel Coronary Artery Disease 414.00
Surgery/Operation	CABG x 2, Coronary Artery Bypass Grafting of 2 vessels - LIMA TO LAD VEIN TO POSTEROINFERIOR MARGINAL 36.12

סטטוס קורונה **לא בוצע**

מידע מהקבלה

תולדות מחלה

מחלת לב אסכמית שקטה שנתגלתה באקראי לפני מספר חודשים בעקבות אקו לב שעבר במסגרת מחלה אינטרקורנטית ואשר הדגים ירידה בתפקוד החדר השמאלי. לאור זאת הופנה לצנתור (פרופ הנדלר ביהח אסותא 27.8.25) שהדגים היצריות קשות במערכת הקדמי היורד והעוקף. באקו לב (פרופ שגיא ביהח אסותא 28.8.25) חדר שמאל אינו מורחב 43 על 24 מ"מ התכווצות הגלובלית תקינה. אין היפרטרופיה. עליות לא מורחבות. מסתם מיטרלי תקין, מסתם טריקוספידלי תקין עם TR מינימלית ולחץ ראתי 35 מ"מ. מסתם אוטילי תקין אין מום מולד. האורטה לא מורחבת 30 מ"מ. אין עדות למום לב מולד. אין תפליט פריקרידאלי

תרופות בשימוש קבוע

טיפול קבוע בנוגדי קרישה/טסיות

(Acetylsalicylic Acid (Aspirin, Godamed, Cartia, Micropirin, Tevapirin

TAB CARTIA 100 MG X 1
TAB LITORVA 20 MG X 1
TAB OMEPRA 20 MG X 1
SC INS LYMJEV 8 U X 2 לאחר ארוחת צהריים וערב
SC TOUJEO 27 U X 1 בערב

טיפול קבוע בסטטינים המשך טיפול עם שינוי במינון

פרטי מהלך האשפוז

מהלך ניתוח וממצאים למכתב שחרור

מהלך ניתוח /פעולה - לב חזה:
ממצאים
ללא ממצאים מיוחדים
מהלך ניתוח

מידסטרונטומיה. בדוד ממארי שמאלי ווריד משוק ימין באיכות טובה. התקשרות סטנדרטית

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

פרופ' סטרינק לאוניד מ.ר. 26131	תאריך כתיבת הגרסה: 04/09/2025 08:57:47	ביה"ח אסותא רמת הח"ל הברזל 20 ת"א	Thorathic-Cardiac surgery Discharge
			עמוד 1 מתוך 3

מס' זיהוי	58620717	רחוב	החרצית	לקוח גג מכבי
מטופל	מאיר יוסף יוחאי	מס' בית	10	
מס' נבדק	20883139	עיר	ראשון לציון	לא ידועה רגישות לתרופות
גיל	61Y/5M	טלפון	03-9519666	
שם ההורה	אברהם	טלפון נוסף	050-5694949	חולה סוכרתי

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

למשאבה. חסימת אאורטה וקרדיופלגית דם אנטגרדית. השקת קצה וריד לענף מרגינלי תחתון גדול. השקת קצה ממארי לקדמי היורד. הורדת הקלמפ והשקה פרוקסימלית של הוריד על האאורטה. חימום החולה והנתקות חלקה מהמשאבה. המוסטזיס. סגירת חזה עם השארת נקזים בשתי הפלירות והמדיאסטינום.

המהלך לאחר הניתוח בגדר התקין.

מהלך אשפוז

בדיקת דם - CBC

07:31:00 03/09/2025
HGB -10.9 g/dl

07:29:00 02/09/2025
PTT -29.1%

07:31:00 03/09/2025
WBC -8.2
HCT -28.9%
Platelets -97

07:29:00 02/09/2025
PT,INR -1.3

בדיקת דם - SMAC

07:29:00 02/09/2025
Amylase -26 iu/l

07:31:00 03/09/2025
Ca -8 mg/dl

07:37:00 04/09/2025
Cl -101.4 mmol/l
Creatinine -1.37 mg/dl
Glucose -279.8 mg/dl
K -4.4 mmol/l
Na -135 mmol/l

06:25:00 01/09/2025
SGOT -257.7 iu/l

07:37:00 04/09/2025
Urea -36.7 mg/dl

המלצות בשחרור

המלצות נוספות

מומלץ על שירות אסותא עד הבית-החלמה מניתוחי לב במסגרת ביתית
- המשך החלמה תחת השגחה רפואית.

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

פרופ' סטרניק לאוניד מ.ר. 26131	תאריך כתיבת הגרסה: 04/09/2025 08:57:47	ביה"ח אסותא רמת הח"ל הברזל 20 ת"א	Thorathic-Cardiac surgery Discharge
עמוד 2 מתוך 3			

מס' זיהוי	58620717	רחוב	החרצית	לקוח גג מכבי
מטופל	מאיר יוסף יוחאי	מס' בית	10	
מס' נבדק	20883139	עיר	ראשון לציון	לא ידועה רגישות לתרופות
גיל	61Y/5M	טלפון	03-9519666	
שם ההורה	אברהם	טלפון נוסף	050-5694949	חולה סוכרתי

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

ביקורת	במחלקתינו בקומה 6	- המשך מעקב רופא משפחה בעוד שבוע. - ביקורת קרדילוג מטפל בעוד חודש. - שיקום לב במרכזי השיקום הייעודיים, מצורף בזאת הפניה לרופא המטפל. - מומלץ על שירות קרדיו-ביפר למשך שלושה חודשים.
נוגדי קרישה/טסיות	Acetyl Salycilic acid; Clopidogrel	

תרופות להמשך טיפול	TAB CARTIA 100 MG X 1 TAB PLAVIX 75 MG X 1 למשך 6 חודשים TAB LITORVA 40 MG X 1 TAB OMEPRA 20 MG X 1 SC INS LYMJEV 8 U X 2 לאחר ארוחת צהריים וערב SC TOUJEO 27 U X 1 בערב
--------------------	---

מידע ותאריך שחרור	תאריך קבלה	09:47:00 31/08/2025	מועד הניתוח	31/08/2025
תאריך שחרור	04/09/2025	סוג ההרדמה	General	

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

פרופ' סטרינק לאוניד מ.ר. 26131	תאריך כתיבת הגרסה: 04/09/2025 08:57:47	ביה"ח אסותא רמת הח"ל הברזל 20 ת"א	Thorathic-Cardiac surgery Discharge עמוד 3 מתוך 3
-----------------------------------	---	--------------------------------------	---

תאריך: 29/09/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פוקס עדי

מ.ר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 454949671

טלפון: 03-9622514

פקס: 03-9625339

כתובת: רח' החלמונית 14 קרית-ראשון, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58620717

שם פרטי: יוסף

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0505694949

טלפון: 039519666

מין: ז

ת.לידה: 08/03/1964



מיקוד 7543110

החרצית 10/15, ראשון לציון

כתובת:

0058620717

שיקום לב

שם המכון: לב

תלונות: היה מאושפז ב"אסותא" לצורך CABG

ממצאים: ראש, צוואר-במפ, פה ולוע תקין, לב-קלות תקינים, ריאות נקיות, בטן-רכה, גפיים-במפ

- DECONDITIONING AFTER HOSPITALIZATION
- CORONARY BYPASS GRAFT (CABG)

אבחנה:

- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (02/2024)
- BRONCHIECTASIS (08/2025)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2020)
- MYOCARDIAL INFARCTION Status Post (06/2025)
- ACUTE RENAL FAILURE (04/2025)

בעיות ידועות:

רגישויות: 17/12/2018 - ראה פורטל רופא -

תרופות קבועות:

- ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 1X1X90
- PLAVIX 75MG X 30 1X1X90
- OMEPRADAX 20MG X 30 1X1X90
- INS TOUJEO 450IU X 3 X1X90
- LITORVA 20MG X 30 1X1X90
- MAGNOX 520 520MG X 60 1X1X90
- XATRAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשנת/ לא

סיבת ההפניה:

לאחר CABG

לשימוש המכון לשיקום לב (סמן בעיגול):

1. התקבל - מתאים לקריטריונים.
2. נדחה - אינו מתאים לקריטריונים.
3. נדחה - מתאים לקריטריונים אך אינו מתאים לתכנית.
4. אחר (פרט):

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

מ.ר גורם מפנה
מומחית ברפואת המשפחה
ד"ר עדי פוקס

חתימה וחותמת הרופא

29/09/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555 או ל 1-700-50-35-55

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2025 עד תאריך - 28/03/2026

תאריך: 29/09/2025

מ.ר גורם מפנה



017769

מסמך אושר
דינטיית
מכבי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פוקס עדי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-9622514

פקס: 03-9625339

כתובת: רח' החלמונית 14 קרית-ראשון, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מאיר	שם פרטי: יוסף	ת.ז.: 58620717
ת.לידה: 08/03/1964	מין: ז	טלפון: 039519666	טל.עבודה/נייד: 0505694949
כתובת: 0058620717	החריצית 10/15, ראשון לציון	מיקוד: 7543110	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 31/08/2025 עד יום: 29/09/2025 סה"כ: 30 ימים.

ד"ר עדי פוקס
מומחית ברפואת המשפחה
מ.ר. 017769
חתימה וחותמת הנושא

29/09/2025

תאריך

תאריך: 29/09/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר פוקס עדי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-9622514

פקס: 03-9625339

כתובת: רח' החלמונית 14 קרית-ראשון, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58620717

שם פרטי: יוסף

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0505694949

039519666

טלפון:

מין: ז

08/03/1964

ת.לידה:



0058620717

מיקוד 7543110

החרצית 10/15, ראשון לציון

כתובת:

אישור מחלה

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

סה"כ: 30 ימים.

29/10/2025

עד יום:

30/09/2025

אינוה מסוגלת לעבוד מיום:

29/09/2025

תאריך

ד"ר עדי פוקס
מומחית ברפואת המשפחה
מ.ר. 017769
חתימה וחותמת הרפא
11.9.25

תאריך: 29/09/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



017769



קוד הפניה: 454949813

טלפון: 03-9622514

פקס: 03-9625339

כתובת: רח' החלמונית 14 קרית-ראשון, ראשון לציון

ד"ר פוקס עדי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מאיר	שם פרטי: יוסף	ת.ז.: 58620717
ת.לידה: 08/03/1964	מין: ז	טלפון: 039519666	טל.עבודה/נייד: 0505694949
כתובת: 0058620717	החריצית 10/15, ראשון לציון	מיקוד: 7543110	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: היה מאושפז ב"אסותא" לצורך CABG

ממצאים: ראש, צוואר-במפ, פה ולוע תקין, לב-קלות תקינים, ריאות נקיות, בטן-רכה, גפיים-במפ

אבחנות:

- DECONDITIONING AFTER HOSPITALIZATION
- CORONARY BYPASS GRAFT (CABG)

בעיות ידועות:

- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (02/2024)
- BRONCHIECTASIS (08/2025)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2020)
- MYOCARDIAL INFARCTION Status Post (06/2025)
- ACUTE RENAL FAILURE (04/2025)

רגישויות: 17/12/2018 - ראה פורטל רופא -

תרופות קבועות:

- ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 1X1X90
- PLAVIX 75MG X 30 1X1X90
- OMEPRADAX 20MG X 30 1X1X90
- INS TOUJEO 450IU X 3 1X1X90
- LITORVA 20MG X 30 1X1X90
- MAGNOX 520 520MG X 60 1X1X90
- XATRAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשבת: לא

סיבת ההפניה: בדיקה וטיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2025 עד תאריך - 28/03/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

29/09/2025

תאריך

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

ד"ר עדי פוקס
מומחית ברפואת המשפחה
מ.ר. 17767 מ.ר. מ.ר. 11
חתימה וחותמת



טלפון: 073-3214130

פקס: 073-3214140

כתובת: רח' הנחשול 30 נווה ים ראשל"צ (מרכז מסחרי באחוזת ראשונים, קומת כניסה בסמוך לבית המרקחת פנופארם)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: מאיר		שם פרטי: יוסף		ת.ז.: 58620717	
ת.לידה: 08/03/1964		מין: ז		טלפון: 039519666		טל.עבודה/נייד: 0505694949	
כתובת: 10/15, החרצית ראשון לציון		מיקוד: 7543110					

סיכום יעוץ

ביקור בתאריך: 29/09/2025

לכבוד שוקום לב
ב"ח אסף הרופא

הפניה ליעוץ נעשתה מהסיבות הבאות:

אחרי CABG

תיאור הסימפטומים: עייפות

הערכה תפקודית: 2 הערכת תעוקת לב: אין

ממצאים: אין סימני אי ספיקת לב

בדיקות במכון:

סיכום אקו מתאריך: 27/05/2025

חדר שמאל אינו מורחב; דפנותיו בעובי תקין; תפקודו הגלובלי מופחת במידה קלה; מקטע פליטה מוערך בכ 45%; אחורית ואירפריוית (סגמנט אמצעי ואפיקלי) עליה שמאלית ברוחב תקין. חללי הלב הימניים בגודל תקין. שורש האאורטה ברוחב תקין. אי ספיקה מיטרלית קלה; אי ספיקה טריקוספידלית קלה. אין עדות ליתר לחץ דם ראתי; הלחץ הסיסטולי בעורק הראה מוערך ב- 32 מ"מ. לא נמצא תפליט פריקרדיאלי.

אבחנה:

• CABG
08/25: LIMA

סיכום והמלצות: ממליץ על חופש מחלה חודש לאחר הניתוח. בהשמך חזרה באפן הדרגתי. פלויקס 6 ל חודשים ואספירין קבוע. מופנה לשיקום.

מוזמן/נת למעקב: על פי צורך

פרופ' אלברטו הנדלר
קרדיולוג
מומחה לצנתור לב
מ.ר. 013351 מ.ר. 9816

חתימה וחותמת הרופא

29/09/2025

תאריך

תאריך: 30/10/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



017769



ד"ר פוקס עדי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-8594289

פקס: 08-8596557

כתובת: רמז דוד 25, גדרה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: מאיר		שם פרטי: יוסף		ת.ז.: 58620717	
ת.לידה: 08/03/1964		מין: ז		טלפון: 039519666		טל.עבודה/נייד: 0505694949	
כתובת: החרצית 10/15, ראשון לציון		מיקוד: 7543110					



0058620717

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 30/10/2025 עד יום: 29/11/2025 סה"כ: 31 ימים.

30/10/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך