



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, A
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין



אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

- תזכורת שניה

ינואר 08 2026
Office@freiberg-law.com

לכבוד
ישיר חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: הסדרת תשלום מד"א
תאונה מיום 25.9.25

הנני מייצג את מרשיי, ישראל מאיר שולמן, ת.ז. 315581439 דבורה שולמן ת.ז. 315447128 וילדיהם הקטינים, אברהם דוד שולמן, ת.ז. 228537312, מרדכי שמואל שולמן ת.ז. 240025486 ואפרת שולמן ת.ז. 236394029 והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 25.9.25 נפגעו מרשיי וילדיהם הקטינים עת נסעו ברכב הנושא מספר רישוי 87-646-79 אשר מבוטח על ידכם.

*רצ"ב תעודת חובה.

2. לאחר התאונה הובהלו מרשיי באמצעות אמבולנס למרכז הרפואי "שמיר" בצריפין.

*רצ"ב דרישת תשלום, דוחות מדא וסיכומי אשפוז.

3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהסדרת התשלום בגין הפינויים כאמור.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשיי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

לכבוד
ישראל מא שולמן
שבט זבולון 11 (8)
לוד 7135139



א.ג.נ.

מצורפת בזה תעודת ביטוח החובה לרכבך.
ביטוח החובה תקף רק אם התעודה נושאת חתימה של בנק/דואר.
המאשרת את התשלום.
אנו מאחלים לך נסיעה בטוחה.

ביטוח ישי service@yashir.co.il		תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התש"ל-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
מזהרה 04/24		שים לב- מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.	
ישראל מא שולמן שבט זבולון 11 (8) לוד 7135139 שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק- אך לא לפני:	
30/06/2026		17/07/2025	
מועד פקיעת הביטוח (חצות)		מספר הפוליסה	
1865372800/6		טויוטה טויוטה קורולה GLI	
שם היצרן והדגם		שנת הייצור / מועד העלייה לכביש	
2013		1600	
נפח מנוע (הספק)		מספר שלדה (ככל שקיים)	
62-24112		קוד מוטב	
פרטי		מספר הרכש של הרכב (או מספר הרישום)	
8764679		סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)	
17/07/25 18:39		מטרות השימוש המותרות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף). בני האדם הרשאים לנהוג ברכב - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף). הרחבות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף).	
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו		תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה	
2338		מספר דמי הביטוח	
ש"ח באמצעות בנק מזרחי חן 18:39 17/07/25494-047194		הודעת זיכוי לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התש"ל-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
לתשלום בבנק הדואר בלבד		ישראל מא שולמן שבט זבולון 11 (8) לוד 7135139 שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה	
בנק הדואר 2-91353-8		מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק- אך לא לפני:	
30/06/2026		17/07/2025	
מועד פקיעת הביטוח (חצות)		מספר הפוליסה	
1865372800/6		טויוטה טויוטה קורולה GLI	
שם היצרן והדגם		שנת הייצור / מועד העלייה לכביש	
2013		1600	
נפח מנוע (הספק)		מספר שלדה (ככל שקיים)	
62-24112		קוד מוטב	
פרטי		מספר הרכש של הרכב (או מספר הרישום)	
8764679		סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)	
17/07/25 18:39		מטרות השימוש המותרות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף). בני האדם הרשאים לנהוג ברכב - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף). הרחבות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדף).	
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו		תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה	
2338		מספר דמי הביטוח	

א.ג.נ. 35, קריית ארז, מרחק תחנת 4891032

ביטוח
ישי

זכרון ביטוח החובה תקף
 רק לאחר החתמת סניף
 הבנק/דואר המאשרת תשלום

א.ג.נ. 35, קריית ארז, מרחק תחנת 4891032

ביטוח
ישי

03-5555555

מטרות השימוש המותרות

(א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קורות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטוח לאחת או יותר ממטרות אלה:

- (1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבטוח, שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה;
- (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת;
- (4) מטרה עסקית של חילוץ או גרידה של רכב מנוע, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת;

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חחה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק. לענין זה, "חחה שכירות" – למעט חחה ליסינג-תפעולי או חחה מק-אגב-שכירות (ליסינג מימוני);

(1) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחרותי שניתן עליו רישיון כלי תחרותי, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן – חוק הנהיגה הספורטיבית) ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצן כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחרותי", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחרותי" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק הנהיגה הספורטיבית.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב*

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברישיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה*, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

• הכל בכפוף לקיום תנאי סעיף 8 לפוליסה.

הרחבות

היקף הכיסוי, הסיכונים והחביות המבטחים הנם בהתאם לתנאי הפוליסה, ללא הרחבות כלשהן.

בעל הפוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבתה בהודעה למבטח; תקופת ההשבתה תסתיים במועד המצויין בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשבתה לא יהיה למפרע.

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 500502059

פרטי הנסיעה

תאריך: 25/09/2025 שעה: 22:40
השרות שניתן: תאונת דרכים רגיל קוד מבצעי: 1473
סכום: 390 העברה מ: לוד אל: אסף הרופא צריפי

פרטי החולה

שם פרטי: אברהם דוד שם משפחה: שולמן ת.ז: 228537312
כתובת החולה: רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11 ישוב: לוד
נייד: חבר קופ"ח: לאומית

פרטי המתחייב

שם פרטי: דבורה שם משפחה: שולמן ת.ז: 315447128
כתובת: עיר: לוד רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11

סכום קרן החוב הינה : 390 שקל

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- א. תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספח טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- ב. תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 1-800-390-101.
- ג. משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למוטב בלבד, בצרוף מכתב זה לכתובת: הפלדה 5 אור יהודה 6021805.
- ד. באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א : www.mdais.org

עליך לשלם/להסדיר את החוב תוך 30 יום מקבלת הודעה זו או 60 יום משליחת הודעה זו (ולא יאחר מהמועד האחרון מבניהם).

במידה והחוב לא ישולם במועד, מד"א מחויבת לפעול לשם גביית החוב בכל האמצעים העומדים לרשותה לרבות הטלת עיקולים. עלויות הגבייה יושמו עלייך באופן מלא ולכן אנא המנע/י מעוגמת נפש מיותרת והסדר/י חובך בזמן!

לבירורים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט. www.mdais.org או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101

הודעת זיכוי מס' 106572973 ברקוד לתשלום בסניפי הדואר



מקום תשלום:
בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)



מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר
הטבעת חותמת הבנק וחתימת הפקיד.

ניתן לשלם באתר האינטרנט - www.mdais.org
או במוקד הגבייה: 1800-390-101

- (1) קוד מוטב: 6202917
- (2) לתשלום בכל הבנקים
לזכות
10-814-255000/00

הסכום לתשלום

(3) 390 שם שלוש מאות תשעים שקלים חדשים

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 500502059

פרטי הנסיעה

תאריך: 25/09/2025 שעה: 22:40
השרות שניתן: תאונת דרכים רגיל קוד מבצעי: 1473
סכום: 390 העברה מ: לוד אל: אסף הרופא צריפי

פרטי החולה

שם פרטי: דבורה שם משפחה: שולמן ת.ז: 315447128
כתובת החולה: רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11 ישוב: לוד
נייד 0548427310 חבר קופ"ח: לאומית

פרטי המתחייב

שם פרטי: דבורה שם משפחה: שולמן ת.ז: 315447128
כתובת: עיר: לוד רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11

סכום קרן החוב הינה : 390 שקל

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- א. תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספח טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- ב. תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 1-800-390-101.
- ג. משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למוטב בלבד, בצרוף מכתב זה לכתובת: הפלדה 5 אור יהודה 6021805.
- ד. באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א : www.mdais.org

עליך לשלם/להסדיר את החוב תוך 30 יום מקבלת הודעה זו או 60 יום משליחת הודעה זו (ולא יאחר מהמועד האחרון מבניהם).

במידה והחוב לא ישולם במועד, מד"א מחויבת לפעול לשם גביית החוב בכל האמצעים העומדים לרשותה לרבות הטלת עיקולים. עלויות הגבייה יושמו עלייך באופן מלא ולכן אנא המנע/י מעוגמת נפש מיותרת והסדר/י חובך בזמן!

לבירורים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט. www.mdais.org או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101

הודעת זיכוי מס' 106572955 ברקוד לתשלום בסניפי הדואר



מקום תשלום:
בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)



מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר
הטבעת חותמת הבנק וחתימת הפקיד.

ניתן לשלם באתר האינטרנט - www.mdais.org
או במוקד הגבייה: 1800-390-101

- (1) קוד מוטב: 6202917
- (2) לתשלום בכל הבנקים
לזכות
10-814-255000/00

הסכום לתשלום

(3) 390 שם שלוש מאות תשעים שקלים חדשים

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 500502059

פרטי הנסיעה

תאריך: 25/09/2025 שעה: 22:40
 השרות שניתן: תאונת דרכים רגיל קוד מבצעי: 1473
 סכום: 390 העברה מ: לוד אל: אסף הרופא צריפי

פרטי החולה

שם פרטי: אפרת שם משפחה: שולמן ת.ז: 236394029
 כתובת החולה: רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11 ישוב: לוד
 נייד: חבר קופ"ח: לאומית

פרטי המתחייב

שם פרטי: אפרת שם משפחה: שולמן ת.ז: 236394029
 כתובת: עיר: לוד רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11

סכום קרן החוב הינה : 390 שקל

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספח טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 1-800-390-101.
- משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למוטב בלבד, בצרוף מכתב זה לכתובת: הפלדה 5 אור יהודה 6021805.
- באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א : www.mdais.org

עליך לשלם/להסדיר את החוב תוך 30 יום מקבלת הודעה זו או 60 יום משליחת הודעה זו (ולא יאחר מהמועד האחרון מבניהם).

במידה והחוב לא ישולם במועד, מד"א מחויבת לפעול לשם גביית החוב בכל האמצעים העומדים לרשותה לרבות הטלת עיקולים. עלויות הגבייה יושטו עלייך באופן מלא ולכן אנא המנע/י מעוגמת נפש מיותרת והסדר/י חובך בזמן!

לבירורים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט. www.mdais.org או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101

הודעת זיכוי מס' 106572957 ברקוד לתשלום בסניפי הדואר



מקום תשלום:
 בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)



מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר
 הטבעת חותמת הבנק וחתימת הפקיד.

ניתן לשלם באתר האינטרנט - www.mdais.org
 או במוקד הגבייה: 1800-390-101

- (1) קוד מוטב: 6202917
- (2) לתשלום בכל הבנקים
 לזכות
 10-814-255000/00

הסכום לתשלום

(3) 390 שם שלוש מאות תשעים שקלים חדשים

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 500502059

פרטי הנסיעה

תאריך: 25/09/2025 שעה: 22:40
השרות שניתן: תאונת דרכים רגיל קוד מבצעי: 1473
סכום: 390 העברה מ: לוד אל: אסף הרופא צריפי

פרטי החולה

שם פרטי: מרדכי שמואל שם משפחה: שולמן ת.ז: 240025486
כתובת החולה: רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11 ישוב: לוד
נייד: חבר קופ"ח: לאומית

פרטי המתחייב

שם פרטי: דבורה שם משפחה: שולמן ת.ז: 315447128
כתובת: עיר: לוד רחוב: שבט זבולון מספר בית: 11

סכום קרן החוב הינה : 390 שקל

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- א. תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספח טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- ב. תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 1-800-390-101.
- ג. משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למוטב בלבד, בצרוף מכתב זה לכתובת: הפלדה 5 אור יהודה 6021805.
- ד. באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א : www.mdais.org

עליך לשלם/להסדיר את החוב תוך 30 יום מקבלת הודעה זו או 60 יום משליחת הודעה זו (ולא יאחר מהמועד האחרון מבניהם).

במידה והחוב לא ישולם במועד, מד"א מחויבת לפעול לשם גביית החוב בכל האמצעים העומדים לרשותה לרבות הטלת עיקולים. עלויות הגבייה יושטו עלייך באופן מלא ולכן אנא המנע/י מעוגמת נפש מיותרת והסדר/י חובך בזמן!

לבירורים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט www.mdais.org או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101

הודעת זיכוי מס' 106572960 ברקוד לתשלום בסניפי הדואר



מקום תשלום:
בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)



מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר
הטבעת חותמת הבנק וחתימת הפקיד.

ניתן לשלם באתר האינטרנט - www.mdais.org
או במוקד הגבייה: 1800-390-101

- (1) קוד מוטב: 6202917
- (2) לתשלום בכל הבנקים
לזכות
10-814-255000/00

הסכום לתשלום

(3) 390 שם שלוש מאות תשעים שקלים חדשים

הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל
23/11/2025

שולמן ישראל מאיר
שבט זבולון 11
לוד 7135139
שלום רב,

הנדון: הודעת חוב 106572896

דרישה לתשלום חוב

בהתאם לסעיפים 4 ו-5 לפקודת המיסים (גבייה)

ביום 25/09/25 קיבל/ה שולמן ישראל מאיר ת.ז. 315581439 שירות עבור טיפול ו/או פינוי באמבולנס רגיל של מד"א. סכום החוב בגין שירות זה עומד על סך 585.00 ש"ח. זכאותך נבדקה מול קופת החולים (כולל מושלם פלטינום) ונמצא על ידה כי הינך זכאי/ת להשתתפות חלקית מצידה.

את יתרת הודעת חוב זו, על סך 229.00 ש"ח, יש להסדיר עד 23/12/2025.

ניתן להסדיר את הודעת החוב בדרכים הבאות:

- בכל בנק באמצעות הודעת הזיכוי שבספח מכתב זה.
- משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום בלבד, בצירוף מכתב זה, לרחוב הפלדה 5, אור יהודה.
- באמצעות כרטיס אשראי:

1. טלפונית - דרך מוקד הגבייה של מד"א בטל' 1-800-390-101.

2. דרך האינטרנט - באתר האינטרנט של מד"א www.mdais.org.

***** במידה והסדרת את חובך אנא ראה הודעה זו מבוטלת! *****

בכבוד רב,
הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל

**תשלום חובכם למד"א יאפשר לנו להמשיך
במלוא הכוח ויסייע לנו בהצלת חיים.**

קבל שוליים ותלש
479-072626 (036313)

הודעת זיכוי מס' 106572896

חתימה וחותמת הבנק

הסכום לתשלום



229.00

הודעת זיכוי מס' 106572896

קוד מוטב

62-02917

לזכות חשבוננו בבנק לאומי בישראל בע"מ, סניף 817 החשמונאים חש' 569500/09

חתימה וחותמת הבנק

אזרח נכבד,

לנוחיותך תשלום זה ניתן
לשלם בכל סניפי הבנק
בארץ כולל בנק הדואר

ניתן לשלם גם באתר האינטרנט
www.mdais.org

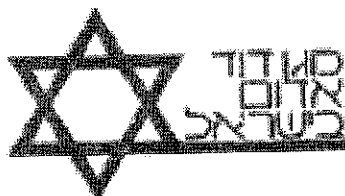
לתשלום עד 23/12/2025

הסכום לתשלום



229.00

479-072626 (036313)



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 25/09/2025

ארוע: 4914

מספר טופס: 19212785

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 240025486

שם משפחה: שולמן

שם פרטי: מרדכי שמואל

מין: זכר

תאריך לידה: 01/03/2024

גיל: 1

כתובת: לוד, שבט זבולון, 11

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: לאומית

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: לוד, דרך מנחם בגין, התקבל מיקום אוטומטי

פרטי אפוסטרופוס:

ת.ז: 315447128

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: שולמן

אנמנזה:

תלונה עיקרית: בן שנה ללא מידע רפואי זמין.

בהגיענו למקום נמצא המטופל על ידי אימו בהכרה מלאה באי שקט.
לדברי האם במקום עדו תאונת דרכים אם עוד כלי רכב והמטופל ישב מאחורי הנהג על הבוסטר שלו והם רוצים ללכת להבדק.
בבדיקה: בהכרה מלאה, באי שקט, ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין,
ללא חיוורון או הזעה, ללא הקאות, ללא חבלות או דימומים הנראים לעין,
שוליים איבוד הכרה או חבלת ראש, ללא תלונות נוספות.
פונה לבקשתה המשפחה למיין ילדים אסה"ר להמשך בירור וטיפול.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מידע רפואי זמין

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: ללא מידע רפואי זמין

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

אבחנה משוערת: חבלה קלה

הערות

ללא שינויים במצב המטופל במהלך הפינוי.

פרטים נוספים

המבקש : אמבולנס

המסייעים: כונן מד"א, משטרה, עובר אורח

מקום האירוע : דרך מנחם בגין/התקבל מיקום אוטומטי - התקבל מיקום אוטומטי לוד

קוד מבצעי: 1473

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 00:15

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

נשימות לדקה: 40

יעד פינוי

יעד: בית חולים

שם בית החולים: אסף הרופא צריפי

מחלקה: מלר"ד ילדים

נמסר ל: איסלאם

זמנים

קבלה 22:40 : יציאה 23:01 : הגעה 23:08 : מפנה 23:11 : ביעד 23:22 :

אנשי צוות

שם הנהג : משה שיקלי חתימה :

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 25/09/2025

ארוע: 4914

מספר טופס: 19212805

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 228537312

שם משפחה: שולמן

שם פרטי: אברהם דוד

מין: זכר

תאריך לידה: 22/07/2020

גיל: 5

כתובת: לוד, שבט זבולון, 11

מקור זיהוי: משפחה / מכר

קופת חולים: לאומית

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: לוד, דרך מנחם בגין, התקבל מיקום אוטומטי

פרטי אפטרופוס:

ת.ז: 315447128

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: שולמן

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת דרכים חבלה קלה

מחלה נוכחית: בן 5, ללא מידע רפואי זמין.

בהגיענו למקום המטופל נמצא לצד אימו ולצד עוברי אורח וכוון מדא.

לדברי האם במקום בזמן נסיעה עשו תאונת דרכים אם עוד כלי רכב.

לדבריה המטופל ישב באמצע בספסל האחורי ועף לצד.

בבדיקה: בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין, ללא חיוורון או הזעה,

דופק ריאתי סדיר ונימוש היטב, ללא בחילות או הקאות, ללא סחרחורת,

ללא חבלות או דימומים הנראים לעין, שוליים סיפור של אובדן הכרה או חבלת ראש,

ללא תלונות נוספות.

פונה לבקשת האם למיון ילדים בבית החולים אסף הרופא להמשך ביחור וטיפול.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מידע רפואי זמין

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: ללא מידע רפואי זמין

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	
23:15	בדיקות
ללא הקאות	הקאות
נושם	נשימות
25	קצב נשימה
סדיר	דופק
85	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1473 - סיוקה 1	
23:15	בדיקות

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טיפול

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	
23:15	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	

הערות

ללא שינויים במצב המטופל במהלך הפינוי.

פרטים נוספים

המבקש : אמבולנס

המסייעים: כונן מד"א, משטרה, עובר אורח

קוד מבצעי: 1473

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 00:21

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

נשימות לדקה: 25

דופק ספונטני: סדיר

דופק לדקה: 85

יעד פינוי

יעד: בית חולים

שם בית החולים: אסף הרופא צריפי

מחלקה: מלר"ד ילדים

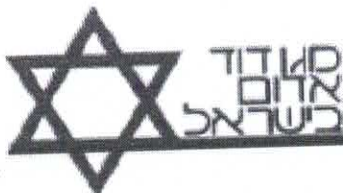
נמסר ל: איסלם

זמנים

קבלה 22:40 : יציאה 23:01 : הגעה 23:08 : מפנה 23:11 : ביעד 23:22 :

אנשי צוות

שם הנהג : משה שיקלי חתימה : _____



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 25/09/2025

ארוע: 4914

מספר טופס: 19212781

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 236394029

שם משפחה: שולמן

שם פרטי: אפרת

מין: נקבה

תאריך לידה: 27/02/2022

גיל: 3

כתובת: לוד, שבט זבולון, 11

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: לאומית

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: לוד, דרך מנחם בגין, התקבל מיקום אוטומטי

פרטי אפטרופוס:

ת.ז: 315447128

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: שולמן

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת דרכים קלה

מחלה נוכחית: בת 3, ללא מידע רפואי זמין.

בהיגענו למקום הילדה עומדת בהכרה מלאה לצד משפחתה עוברי אורח וכוניי מדא.

לדברי האם וכוניי מדא: בזמן נסיעה נסיעה אם משפחתה עברו תאונת דרכים. המטופלת נצפתב רגועה וללא חבלות או דימומים הנראים לעין.

בבדיקה: בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין, ללא חיוורון או הזעה, דופק רדיאלי נימוש היטב וסדיר, ללא בחילות או הקאות, ללא סחרחורות, ללא חבלות או דימומים הנראים לעין, שוללים סיפור של אובדן הכרה או חבלת ראש, וללא תלונות נוספות.

פונתה למרל"ד אסף הרופא להמשך בירור וטיפול רפואי.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מידע רפואי זמין

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: ללא מידע רפואי זמין

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	בדיקות
23:12	הקאות
ללא הקאות	נשימות
נושם	קצב נשימה
23	דופק
סדיר	דופק לדקה
100	הכרה
מלאה A	עור וררית
תקין	

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	בדיקות
23:12	

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טיפול

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	בדיקות
23:12	טיפול שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 1	

הערות

פונתה בליווי האם .
ללא שינויים במצב המטופלת במהלך הפינוי.

פרטים נוספים

המבקש : אמבולנס
המסייעים: עובר אורח, משטרה, כונן מד"א
מקום האירוע : דרך מנחם בגין\התקבל מיקום אוטומטי - התקבל מיקום אוטומטי לוד
קוד מבצעי: 1473

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 00:14
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
נשימות לדקה: 23
דופק ספונטני: סדיר
דופק לדקה: 100

יעד פינוי

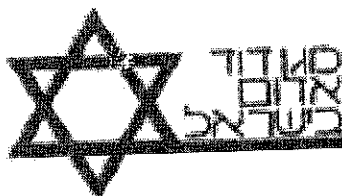
יעד: בית חולים
שם בית החולים: אסף הרופא צריפי
מחלקה: מלר"ד ילדים
נמסר ל: איסלאם

זמנים

קבלה 22:40 : יציאה 23:01 : הגעה 23:08 : מפנה 23:11 : ביעד 23:22 :

אנשי צוות

שם הנהג : משה שיקלי חתימה : _____



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 25/09/2025

ארוע: 4914

מספר טופס: 19212779

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז.: 315447128

שם משפחה: שולמן

שם פרטי: דבורה

מין: נקבה

תאריך לידה: 09/12/1996

גיל: 28

כתובת: לוד, שבט זבולון, 11

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: לאומית

טלפון: 089152123

נייד: 0548427310

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: לוד, דרך מנחם בגין, התקבל מיקום אוטומטי

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת דרכים קלה

מחלה נוכחית: בת 28, ללא מידע רפואי זמין.

בהיגענו למקום המטופלת בהכרה מלאה עומדת עם ילדיה לצד עוברי אורח עם בעלה לצד כונני מדא.

לדברי המטופלת עברה תאונת דרכים קלה מצינת כי טיפה כאבי גב ללא תלונות נוספות.

בבדיקה: בהכרה מלאה, מלא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין, דופק רדיאלי סדיר ונימוש היטב, לא חיוורון או הזעה, ללא בחילות או הקאות, ללא סחרחורת, ללא חבלות או דימומים הנראים לעין, שוללת איבוד הכרה או חבלת ראש, מתמצאת בזמן ובמקום, וללא תלונות נוספות.

פונתה לבקשתה למרל"ד אסף הרופא להמשיך בירור וטיפול רפואי.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מידע רפואי זמין

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: ללא מידע רפואי זמין

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

בדיקות כלליות

אומדנים מס' 1473 - בדיקה 1	
23/10	בדיקות
ללא הקאות	הקאות
נושם	נשימות
17	קצב נשימה
סדיר	דופק
80	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור וריחית

בדיקות עזר

אומדנים מס' 1473 - בדיקה 1	
23/10	בדיקות
120/80	לחץ דם
ידי	אופן המדידה

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טיפול

אומדנים מס' 1473 - בדיקה 1	
23/10	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אומדנים מס' 1473 - בדיקה 1	

הערות

ללא שינויים במצב המטופלת במהלך הפינוי.
פונתה בליווי ילדיה

פרטים נוספים

המבקש : אמבולנס
המסייעים: כונן מד"א, עובר אורח, משטרה
מקום האירוע : דרך מנחם בגין\התקבל מיקום אוטומטי - התקבל מיקום אוטומטי לוד
קוד מבצעי: 1473

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 00:14
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
נשימות לדקה: 17
דופק ספונטני: סדיר
דופק לדקה: 8
לחץ דם: 120/80

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: אסף הרופא צריפי
מחלקה: מלר"ד פנימי
נמסר ל: איסלאם

זמנים

קבלה 22:40 : יציאה 23:01 : הגעה 23:08 : מפנה 23:11 : ביעד 23:22 :

אנשי צוות

שם הנהג : משה שיקלי חתימה : _____



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר משה שריסט
אחות אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: שולמן	ת. לידה: 09/12/1996 גיל: 28
שם פרטי: דבורה	ת. זהות: 315447128 מין: נקבה
כתובת: שבט זבולון 11/8 כניסה 1 לוד 7135139	מצב משפחתי: נשוי/אה 3
טלפון: 054-8427310	שם האב: דב שם האם: שושנה
זמן קבלה: 23:34 25/09/2025	קופ"ח לאומית
זמן פתיחת גיליון: 23:55 25/09/2025	מספר מקרה: 12447084
זמן שחרור: 01:43 26/09/2025	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MVA	E819.9		26/09/2025	✓			

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בת 28 בריאה בד"ר

לדבריה, היתה מעורבת היום בתאונת דרכים כנוסעת ליד הנהג. מנגנון צידי ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצאה בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלינה על כאבי גב תחתון

בבדיקה - מתהלכת ללא צליעה, אך כאובה.

תנועות הצוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות על פני עמ"ש צווארי, ישנה רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה בצוואר. כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח.

כח גס 5/5 4 גפיים, תחושה שמורה ללא פלס, מוטריקה שמורה, החזרים גידיים הופקו סימטריים. ללא רגישות במישוש עמ"ש טוראקלי. ללא רגישות עמ"ש לומברי.

סודי רפואי
המשך מכתב: 315447128 דבורה שולמן

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון" הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

המלצות:
-מנוחה יומיים
-להמנע משכיבה ממושכת ופעילות גופנית מאומצת, מותר לבצע פעילות גופנית קלה
-שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/גב
-המשך מעקב רופא מטפל
-בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אדריאנוס מ.ר.179663	רופא/ה מורשה/ת שחרור	26/09/2025 01:43



לביור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר משה שריסט

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: שולמן	ת. לידה: 08/11/1995 גיל: 29
שם פרטי: ישראל מאיר	ת. זהות: 315581439 מין: זכר
כתובת: שבט זבולון 11/8 כניסה 1 לוד 7135139	מצב משפחתי: נשוי/אה 3
טלפון: 054-8419915	שם האב: חיים אבא שם האם:
זמן קבלה: 23:16 25/09/2025	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 23:55 25/09/2025	מספר מקרה: 12447078
זמן שחרור: 01:46 26/09/2025	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
Whiplash injury	847.0			✓			
MVA	E819.9		26/09/2025	✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 29, בריא בד"כ

ללא תרופות קבועות או טיפול תרופתי קבוע

לדבריו, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון קדמי. פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר. כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות. ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני. טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול
המלצות:

מדדים אחרונים		
SAT	P	BP
98	73	122/67

המלצות בשחרור
המלצה: -מנוחה יומיים
-שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושותי או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/גב
-המשך מעקב רופא מטפל
-בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.
חופשת מחלה: 2 ימים.

חתימת רופא		
שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אדר יונתן מ.ר.179663	רופא/ה מורשה/ת שחרור	26/09/2025 01:46



מחלקה לרפואה דחופה ילדים
מנהל: פרופ' קוצר ערן
אחות אחראית: יפעת חדד
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממס לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: שולמן	ת. לידה: 01/03/2024 גיל: 1 ש' ו6 ח'
שם פרטי: מרדכי שמואל	ת. זהות: 240025486 מין: זכר
כתובת: שבט זבולון 11/8 כניסה 1 לוד 7135139	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 054-8427310	שם האב: ישראל מאיר שם האם:
זמן קבלה: 23:39 25/09/2025	קופ"ח לאומית
זמן פתיחת גיליון: 23:50 25/09/2025	מספר מקרה: 12447087
זמן שחרור: 01:01 26/09/2025	

סיכום ביקור רפואה דחופה ילדים

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF UNSPECIFIED SITE	924.9			✓			
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPEC	E819.9						

מדדים אחרונים

P	BP	SAT
118	95/56	98

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

אופן הגעה למיון

אופן הגעת המטופל/ת: מדא

דרך הגעה: מלווה

מלווה: הורה

ציוני אומדנים - אומדן כאב

משמעות	ציון	תאריך	אומדן
אין כאב	0	26/09/25 00:06	אומדן אחרון
			כאב לתינוקות

מחלה נוכחית

בן שנה ו-6 חודשים. בריא בדרך כלל. מחוסן כפי גילו.
התקבל בשל תאונת דרכים כשעה טרם קבלתו. בעת נסיעה עם הוריו ושני אחיו היה מעורב בתאונה חצי חזיתית. ישב במושב האחורי. היה חגור. ללא חבלה כלשהי. ללא אובדן הכרה. ללא תלונות.
אחים ללא חבלות
התאונה ב-23:00 מתנהג כרגיל

בדיקה גופנית

נבדק: כן

המשך מכתב: 240025486 מרדכי שמואל שולמן

מצב כללי מצב כללי טוב, עירני, ללא קשיין עורף, מילוי קפילרי תקין טורגור עור תקין ללא מצוקה נשימתית. נשימה בועית, קולות לב תקינים ללא אוושות, בטן רכה לא רגישה ללא הגדלת אברים ללא גושים, ללא פריחה בעור. ללא המטומה בראש ללא סימני חבלה מתהלך במיון ללא הגבלה ללא סימני צד

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

סיכום ודיון

לסיכום אנמזנה כמתואר - מעורבות בתאונת דרכים, חזיתית, ללא סיפור של חבלה, ישב מאחור, אחיו ללא חבלות פנימיות הורים שישבו מקדימה מתהלכים במיון ילדים מתנהג כרגיל בבדיקה עירני חיוני חייכן ללא סימני חבלה ללא צורך בבדיקות דחופות נוספות

סטטוס מטופל בשחרור

עירני

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל
בהחמרה כאבים הקאות יש לפנות לבדיקת רופא

חתימת רופא מורשה שחרור

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' ברייטברט רחל מ.ר. 34884	רופא/ה	26/09/2025 00:34

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

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



מחלקה לרפואה דחופה ילדים

מנהל: פרופ' קוצר ערן

אחות אחראית: יפעת חדד

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: שולמן	ת. לידה: 27/02/2022 גיל: 3 ש' ו6 ח'
שם פרטי: אפרת	ת. זהות: 236394029 מין: נקבה
כתובת: שבט זבולון 11/8 כניסה 1 לוד 7135139	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 054-8427310	שם האב: ישראל מאיר שם האם:
זמן קבלה: 23:37 25/09/2025	קופ"ח לאומית
זמן פתיחת גיליון: 23:52 25/09/2025	מספר מקרה: 12447085
זמן שחרור: 01:02 26/09/2025	

סיכום ביקור רפואה דחופה ילדים

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF UNSPECIFIED SITE	924.9			✓			
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPEC	E819.9						

מדדים אחרונים

משקל	P	BP	SAT
13.5	104	95/56	97

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בוצעה הערכה על פי משולש הערכה פדיאטרי: מראה כללי תקין, ללא מצוקה נשימתית, פרפוזיה תקינה

מחלה נוכחית

בת 3 ו-6 חודשים. בריאה בדרך כלל. מחוסנת כפי גילו. התקבלה בשל תאונת דרכים כשעה טרם קבלתו. בעת נסיעה עם הוריה ושני אחיה הייתה מעורב בתאונה חצי חזיתית. ישבה במושב האחורי. חגורה. ללא חבלה כלשהי. ללא אובדן הכרה. ללא תלונות. האחים ללא פגיעות, ההורים מתהלכים במיון בשעה 23:00 בערך

בדיקה גופנית

נבדק: כן

מצב כללי

מצב כללי טוב, עירנית חיונית חייכנית דופק 104, ללא סימני חבלה ללא המטומה, מילוי קפילרי תקין טורגור עור תקין ללא מצוקה נשימתית. נשימה בועית, קולות לב תקינים ללא אוושות, בטן רכה לא רגישה ללא הגדלת אברים ללא גושים, ללא פריחה בעור. לל סימני חבלה, מתהלכת במיון ללא הגבלה ללא סימני צד

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיכום ודיון

לסיכום אנמנזה כמתואר - מעורבות בתאונת דרכים, חזיתית, ללא סיפור של חבלה, ישבה מאחור, אחיה ללא חבלות פנימיות

המשך מכתב: 236394029 אפרת שולמן

הורים שישבו מקדימה מתהלכים במיון ילדים
מתנהגת כרגיל
בבדיקה עירנית חיונית חייכנית ללא סימני חבלה ללא צורך בבדיקות דחופות נוספות

המלצות

המלצה: מ עקב רופא מטפל
בהחמרה כאבים הקאות יש לפנות לבדיקת רופא

חתימת רופא מורשה שחרור

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' ברייטברט רחל מ.ר. 34884	רופא/ה	26/09/2025 00:32

המשך מעקב רופא/ה מטפל/ת לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא/ה בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



מחלקה לרפואה דחופה ילדים
מנהל: פרופ' קוצר ערן
אחות אחראית: יפעת חדד
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: שולמן	ת. לידה: 22/07/2020 גיל: 5 ש' ו2 ח'
שם פרטי: אברהם דוד	ת. זהות: 228537312 מין: זכר
כתובת: שבט זבולון 11/8 כניסה 1 לוד 7135139	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 054-8427310	שם האב: ישראל מאיר שם האם:
זמן קבלה: 23:42 25/09/2025	קופ"ח לאומית
זמן פתיחת גיליון: 23:51 25/09/2025	מספר מקרה: 12447089
זמן שחרור: 01:01 26/09/2025	

סיכום ביקור רפואה דחופה ילדים

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF UNSPECIFIED SITE	924.9			✓			
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPEC	E819.9						

מדדים אחרונים

משקל	P	BP	SAT
19.5	112	103/49	100

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בוצעה הערכה על פי משולש הערכה פדיאטרי: מראה כללי תקין, ללא מצוקה נשימתית, פרפוזיה תקינה

אופן הגעה למיון

אופן הגעת המטופל/ת: מדא

דרך הגעה: מלווה

מלווה: הורה

ציוני אומדנים - אומדן כאב

אומדן	תאריך	ציון	משמעות
אומדן אחרון			
סרגל פרצופים לכאב	26/09/25 00:01	0	ללא כאב

מחלה נוכחית

בן 5 שנים. בריא בדרך כלל. מחוסן כפי גילו.
התקבל בשל תאונת דרכים כשעה טרם קבלתו. בעת נסיעה עם הוריו ושני אחיו היה מעורב בתאונה חצי חזיתית. ישב במושב האחורי באמצע. היה חגור. ללא חבלה כלשהי. ללא אובדן הכרה. ללא תלונות.
אחים ללא חבלות הורים מתהלכים במיון

בדיקה גופנית

המשך מכתב: 228537312 אברהם דוד שולמן

נבדק : ק

מצב כללי

מצב כללי טוב, עירני, ללא קשיון עורף, מילוי קפילרי תקין טורגור עור תקין ללא מצוקה נשימתית, נשימה בועית, קולות לב תקינים ללא אוושות, בטן רכה לא רגישה ללא הגדלת אברים ללא גושים, ללא פריחה בעור. ללא סימני חבלה ללא סימני צד מתהלך במיון ללא הגבלה דופק 90

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

סיכום ודין

לסיכום אנמזה כמתואר - מעורבות בתאונת דרכים, חזיתית, ללא סיפור של חבלה, ישב מאחור, אחיו ללא חבלות פנימיות הורים שישבו מקדימה מתהלכים במיון ילדים מתנהג כרגיל בבדיקה עירני חיוני חייכן ללא סימני חבלה ללא צורך בבדיקות דחופות נוספות

סטטוס מטופל בשחרור

עירני וחיוני

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל בהחמרה כאבים הקאות שי לפנות לבדיקת רופא

חתימת רופא מורשה שחרור

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר ברייטברט רחל מ.ר. 34884	רופא/ה	26/09/2025 00:39

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

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

י פ ו י כ ח

שם האירוע

ת.ז.ח.פ. מס' 315581439, מרחוב 62254 רשיון 11/18

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 30 לחודש 11 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם משפחה <u>שלימ</u>	שם פרטי <u>שלמה</u>	תעודת זהות <u>315581437</u>	שם האב <u>0548419915</u>	טלפון <u>0548419915</u>
<u>11/8</u> מס'	<u>11/8</u> מס'	<u>11/8</u> עיר	<u>7135139</u> מיקוד	<u>0548419915</u> 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: 30/11/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: עו"ד אריאל פרייזר
X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

אני הח"מ, צ'ירה שלמן
ת.ז.ח.פ. מס' 31544728, מרחוב שט זמלין 11/8 א"ק

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות ע"מ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ול"תאם.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 30 לחודש 11 שנה 2015

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X 23
הנני מאשר את חתימת עו"ד אריאל פרייברג

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
11/8	7135139	054 8427310	27
רחוב	מס'	עיר	טלפון
מס' 11/8	מס' 7135139	מיקוד	טלפון 054 8427310

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 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:

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: 30/11/25 עד לחתימה ומסירת פרטים
חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 0234

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה <u>שמן</u>	שם פרטי <u>מירי שרון</u>	תעודת זהות <u>240025486</u>	שם האב <u>שמואל שרון</u>
רחוב <u>565 חזן</u>	מס' <u>11/8</u>	עיר <u>אום</u>	מיקוד <u>7135139</u>
		טלפון <u>0548427310</u>	

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 דבורה ת.ז. 315407128 שם האב שמואל שרון ת.ז. 315581439

תאריך: 30/11/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה"ר יק"טן מ"דני שמשל שולמן
ת.ז.ח.פ. מס' 240025426, מרחוב שטל שולמן 11/1

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 30 לחודש 11 שנה 2022

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: 01 X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)
שם משפחה הולמן שם פרטי אזרה תעודת זהות 228537312 שם האב אליה
רחוב גזע 25/11 מס' 11/8 עיר ירושלים מיקוד 7135134 טלפון 0548427310

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 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 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 אזרה ת.ז. 315447178 שם האב ישראל גולן ת.ז. 315581439
תאריך: 30/11/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. ע"ד אריאל פרייזר חתימה: X
מס' רשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, היי' הקט'ן אברהם 313 שולמן
ת.ז. ח.פ. מס' 22 853 752, מרחוב 52 מא'ן 11/8 א"כ

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. לחופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
11. 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 30 לחודש 11 שנה 2025

חתימה: ע"ד אריאל פרייברג

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הי"ד הקטנה יסרת שלמן
ת.ז.ח.פ. מס' 2363 94029, מרחוב שאולסון 11/8 /א/כ

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 30/4 לחודש 11 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: ע.פ. Q. X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> w/re	<u>שם פרטי</u> אריה	<u>תעודת זהות</u> 236394029	<u>שם האב</u> ישראל גלי
<u>רחוב</u> Gee 125	<u>מס'</u> 11/8	<u>עיר</u> ק/ק	<u>מיקוד</u> 7135139
		<u>טלפון</u> 0548427310	

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 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, מחובות 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:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

במקרה של קטין: שם האם עזרה ת.ז. 315447122 שם האב ישראל גלי ת.ז. 315581439

תאריך: 30/11/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X e.p (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)