



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 27 2026
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 14/12/2025
הנפגעת: איריס כהן, ת"ז 01238275
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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג דפים
------------------------------------	---------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ עצמאי
☐ מתנדב	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
כח	איריס	012382750
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0506998221	dorond@iris@gmail.com

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. לידעתך, 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	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הפיר	8	1	5	רמת השרון	4540508

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
חברת ספקי לבגדים	תותח
רחוב / תא דואר	מס' בית
חני צירק - בן ציון	1
טלפון קווי	טלפון נייד

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
טלפון קווי	טלפון נייד

4

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)								
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה								
שנה חודש יום	שעה	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה								
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים פרטי הרופאים המטפלים <table border="1"> <tr> <td>שם הרופא</td> <td>תחום המומחיות</td> <td>כתובת המרפאה</td> <td>טלפון המרפאה</td> </tr> <tr> <td>ד"ר מרצלי יוני</td> <td>יחסה</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה	ד"ר מרצלי יוני	יחסה		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה							
ד"ר מרצלי יוני	יחסה									

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

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

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה 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 _____

כתובת _____ 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 _____

9

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	
מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו
מס' סניף	סוג חשבון

☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיגור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה 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 ביודעין 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 מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

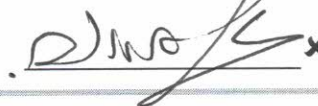
אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 12/01/2026 חתימת התובע 

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	

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

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

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של 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 _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	שם הקבלן הראשי	שם הקבלן המבצע

☐ תאונה בבניין שם האתר _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☒ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 16:20 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שהדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

דקלה סוכנות לביטוח כללי בע"מ (1) _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

9 3 0 1 2 5 7 0 3

תאריך תחילת עבודה: 13/07/2021

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☒ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבות 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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 11/25	25	☒ יומי ☐ חודשי	10841		
חודש 10/25	25	☒ יומי ☐ חודשי	11337	4867	
חודש 09/25	25	☒ יומי ☐ חודשי	11763		
חודש 08/25	25	☒ יומי ☐ חודשי	12346	885	

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☒ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: 30/12/2025 בית הפסקת העבודה _____ התפטרות _____ הרגל _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לביור פרטי שכר _____ אורית יהודה _____ מספר טלפון: 035775904

חתימת המעסיק _____ תאריך: 14/01/2026 שם ותפקיד החותם _____ אורית ח.שכר _____ חתימה וחומר ספקנות לביטוח בע"מ

3 פרטים על המעסיק

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 47.53

☐ 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: 20/01/2024 תפקיד החותם: מנכ"ל שם החותם: ד"ר י. קרן חתימה וחותם: ד"ר י. קרן

5 פרטים על המעסיק

☐ 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 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת X _____

(מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 14/12/2025 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 012382750	קוד גמלה 60
שם פרטי איריס	שם משפחה כפ	חבר בקופת חולים
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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.

תאריך 12/1/26 חתימת המבוטח * [Signature]

תאריך ושעת ההדפסה: 22:11 14/12/2025

חסוי רפואי



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Gray Faculty of Medical & Health Science
Tel-Aviv University
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה למדעי הרפואה והבריאות ע"ש גרין
אוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

שם יחידה : המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה : דר' מרקוביץ מיכאל מ.ר. 143791	אח/ות אחראית : גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : כהן	שם פרטי : איריס	ת.ז. : 12382750
תאריך לידה : 05/03/1967	גיל : 58	טלפון : 03-6473639
מין : נקבה	מבוטח בקופה : מכבי	כתובת : קהילת סאלוניקי 10 תל אביב ספ תל אביב-יפו 6951310

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 14/12/2025 17:04 מספר מקרה: 13607357

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת 58 התקבלה למלרד לאחר שהייתה מעורבת בתאונת דרכים כרוכבת אופנוע מול אוטובוס מהירות של 100 קמ"ש חבשה קסדה, מתארת שהאוטובוס נכנס באופנוע עפה נפלה צידה על פלג גוף שמאל, נחבלה באגן שוללת חבלת ראש חזה בטן, שוללת איבוד הכרה זוכרת פרטי האירוע, שוללת בחילות או הקאות במלרד

יציבה המודינמית ונשימתית

מדדים לחום 36,8 לחץ דם 158/78 דופק 83 סטורציה 100 באח

A משלימה משפטים ללא קושי

B כניסת אוויר שווה דוצ

C לחץ דם שמור דפקים שמורים

D בהכרה מלאה אישונים שווים מגיבים, כוח גס שמור תחושה שמורה 15 GCS

E

ראש פנים ללא סימני חבלה

עמ"ש ללא סימני חבלה ללא רגישות מידלין לכל אורכו

חזה ללא סימני חבלה ללא רגישות

אגן יציב רגיש

גפיים ללא סימני חבלה

EFAST לא נצפה נוזל חופשי בבטן ואגן

הוצגה ל א מלרד יציאה ל TBCT

הוכנס קטטר שתן צלול

הוצגה לאורתופדיים וכירורגים

=

סיטי כלל גופי

חזה:

ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הריאות.

כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין.

הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקדיאלי.

ללא חזה אוויר.

ללא תפליט פלאורלי.

פרנכימת הריאות ללא תסנין או תהליך מוקדי.

שתלים בחזה.

בטן:

הכבד תקין בגודל ובמרקם. ללא ממצא מוקדי.

הורידים הפורטליים פתוחים וברוחב תקין.

ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות.

כיס המרה עם אבנים בתוכו, ללא סימני דלקת.

הלבלב תקין ברוחבו ומבנהו, ללא הרחבת צינור הלבלב.

הטחול תקין בגודלו, ללא ממצא מוקדי.

האדרנלים ללא ממצא חריג.

הכליות בגודל ומיקום תקינים, מרכזות חומר ניגוד באופן סימטרי. ללא הידרונפרוזיס.

השופכנים תקינים.

הרטורפריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה.

האאורטה הבטנית אינה מורחבת.

הקיבה ללא ממצא בולט, פיתולי המעי הדק והגס הודגמו ללא הרחבה, ללא עיבוי בולט, ובמהלך תקין.

הסנטת שומן קלה במזנטריום בבטן שמאלית עליונה עם הדגשת קשריות קטנות, נרמז גם בבדיקה ב-2012, לא ספציפי.

ללא נזל או אויר חופשי.

שלפוחית השתן ללא ממצא חריג.

אברי האגן האחורים ללא ממצא חריג.

מבנה גרמי - שבר במרכז הרמוס פוביס התחתון משמאל עם תזוזה קלה, קו שבר עדין ללא תזוזה בחלקה הלטרי של הרמוס פוביס העליון משמאל.

לסיכום:

שברים ברמוס פוביס העליון והתחתון משמאל, ללא רושם למעורבות של השלפוחית, פרט לכך ללא ממצא חבלתי חריף בחזה או בבטן.

=

סיטי ראש צוואר

מצאים:

ראש

ללא עדות לאוטם טרי או לדימום תוך גולגולתי חריף.

ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. מעבר קרניוצריקלי שמור.

חדרי המוח וחללי ה-CSF תקינים ברוחבם.

ארובות העיניים שמורות דו"צ.

הסינוסים הפאראנזליים מאווררים. תאי המסטואיד מאווררים.

ללא עדות לשבר טרי.

עמוד שדרה צווארי

מנח קיפוט של עמוד השדרה הצווארי.

המפרק האטלנטו-אוקסיפיטלי והאטלנטו-אקסיאלי בעמדה תקינה.

Dens ללא סטייה.

גופי החוליות בגובה תקין.

ללא עדות לשבר טרי או דיסלוקציה.

הרקמות הרכות הפארא-רטברליות במראה תקין ללא תפיחות.

שינויים ניוונים גרמיים ודיסקוגניים בעמוד השדרה הצווארי עם בלטי דיסק, היפרטרופיה פצטרית ואונקוורטברלית, היצרות של תעלת השדרה והנקבים.

הבין-חולייתיים במספר גבהים, בולטים במיוחד בגובה 7-5C.

ממצאים נוספים:

קולקציית אוויר קטנה בסמוך לנאזו-פאריקס משמאל, יתכן דיברטיקולה קטנה.

סיכום:

ללא עדות לשבר טרי בראש ובצוואר או דמם תוך גולגולת

=

בדיקת אורתופד

בת 58 בריאה

הובהלה באמבלונס לאחר תאונת דרכים בתור רוכבת אופנוע עם אוטובוס

נחבלה בצידה השמאלי של הגוף

מבחינה אורטופדית מלינה על כאב במפשעה שמאל

מציינת שלא נשאה משקל לאחר החבלה.

בבדיקה

נושאת שמקל בצליעה אנטלגית

בהכרה מלאה, משתפת פעולה

סודי רפואי

שם: איריס כהן

ת"ז: 12382750

מקרה:

מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה

מניעה גפיים עליונות בחופשיות .
 ללא קיצור או חטציה של הרגליים
 ללא סימני חבלה
 רגישות מפשעה שמאל
 ללא רגישות על פני GT
 LOG ROLL שלילי
 AXIAL LOAD שלילי
 שמורה NV דיסטלי .

השלימה TBCT
 מבחינה אורטופדית שבר רמוס פוביס שמאל
 =

הערכה כיורגית
 רוכבת אופנוע נפגעה מאוטובוס, חבלה מבודדת לאגן עם שברים ברמוסים משמאל ללא תזוזה או דימום, ללא פגיעה בשלפוחית
 בבדיקתה במצב כללי טוב, מעוניינת להשתחרר
 מדדים תקינים
 בטן רכה לא רגישה
 רגישות באיזור אגן משמאל

מעבדה תקינה למעט לקטט 3

משוחררת מבחינה כיורגית באם יכולה להסתדר בביתה עם הליכון

אבחנות במיון							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FALL ACCIDENT WITH INJURY	E888.9			✓			
SUPERIOR RAMUS PUBIC FRACTURE	808.2						
INFERIOR RAMUS PUBIC FRACTURE	808.2						

יעוצים

פרטי המבקש : דר' כהן חן מ.ר.170011
 תאריך : 21:36 14/12/2025
 יחידה מייעצת : מרפאה אורתופדית
 הגדרת הבעיה : רוכבת אופנוע נפגעה מאוטובוס, חבלת אגן מבודדת, בהדמיה - מבנה גרמי-
 שבר במרכז הרמוס פוביס התחתון משמאל עם תזוזה קלה, קו שבר עדין ללא
 תזוזה בחלקה הלטרלי של הרמוס פוביס העליון משמאל.
 השאלה ליועץ : נא הערכתכם והמלצות להמשך

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
ראה מעקב	תשובה לא סופית	14/12/2025 21:38	דר' קואל חן מ.ר.182033	

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה
20:06 14/12/2025				8	
17:39 14/12/2025				10	
17:27 14/12/2025	36.8	158 / 78	83		100

מטופל מונשם

תאריך ושעה	סטורציה
17:27 14/12/2025	100

הוראות במערך

תאריך ושעה	קטטר שתן.
------------	-----------

שם: איריס כהן	ת"ז: 12382750	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	--------	----------------------------

בוצע

18:14 14/12/2025

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה
17:27 14/12/2025	36.8	158 / 78	83	100

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב	סטורציה
20:06 14/12/2025	8	
17:39 14/12/2025	10	
17:27 14/12/2025		100

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg	Once	17:32 14/12/2025 ויטר מור	mg I.V 100 mg I.V 10

סיכום ממצאים

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT בית החזה	14/12/2025	תאריך הפענוח: 14.12.2025 שעת הפענוח: 19:58:47 גרסת מסמך: 02 תשובה: סופית פרטים קליניים: בת 58, רוכבת אופנוע מול אוטובוס קינמטיקה קשה. טכניקה: החזה, הבטן והאגן נסרקו לאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי בפרוטוקול טראומה. בוצעה סריקה אנגיוגרפית של החזה והבטן העליונה ולאחר מכן סריקה בשלב הפורטלי של הבטן והאגן. השוואה לבדיקה מ-09/2012. ממצאים: חזה: כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין. הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקרדיאלי. ללא חזה אויר. ללא תפליט פלאורלי. פרנכימת הריאות ללא תסנין או קונטוזיה. קשריות סולידיות בודדות בקוטר של עד 5 מ"מ באונה ימנית תחתונה למשל בסדרה 11-190 בלתי ספציפיות ראה גם בסדרה 207-11. נתיבי האויר הגדולים פתוחים. ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הריאות. בטן: הכבד תקין בגודל ובמרקם. ללא ממצא מוקדי. הורידים הפורטליים פתוחים וברוחב תקין. ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות. כיס המרה עם אבנים בתוכו, ללא סימני דלקת. הבלבב תקין ברוחבו ומבנהו, ללא הרחבת צינור הבלבב. הטחול תקין בגודלו, ללא ממצא מוקדי. האדרנלים ללא ממצא חריג. הכליות בגודל ומיקום תקינים, מתאדרות באופן סימטרי. ללא הידרונפרוזיס. השופכנים תקינים. הרטרופריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה. האאורטה הבטנית אינה מורחבת. שינויים טרשתיים לאורכה. הקיבה ללא ממצא בולט, פיתולי המעי הדק והגס הודגמו ללא הרחבה, ללא עיבוי בולט, ובמהלך תקין. הסננת שומן קלה במזנטריום בבטן שמאלית עליונה עם הדגשת קשריות קטנות, נרמז גם בבדיקה ב-2012, לא ספציפי. ללא נוזל או אויר חופשי. שלפוחית השתן ללא ממצא חריג. אברי האגן האחרים ללא ממצא חריג. מבנה גרמי - שבר במרכז הרמוס פוביס התחתון משמאל עם תזוזה קלה, קו שבר עדין ללא תזוזה בחלקה הלטרלי של הרמוס פוביס העליון משמאל. שינויים ניווניים בעמוד שדרה. ללא ממצא חבלתי בולט ברקמות הרכות ובתת עור. שתלים בשדיים. לסיכום: שברים ברמוס פוביס העליון והתחתון משמאל, ללא רושם למעורבות של השלפוחית, פרט לכך ללא ממצא חבלתי חריף בחזה או בבטן. קשריות סולידיות בודדות בריאות למעקב על פי גורמי סיכון. ----- ח"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם ח"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. ח"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. ----- שלקס נדב מירון

מספר רשיון: 1186559, ד"ר שור רחל מספר רשיון: 37963

CT ראש צוואר	14/12/2025	תאריך הפענוח: 14.12.2025 שעת הפענוח: 18:27:39 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית פרטים קליניים: רוכבת אופנוע מול אוטובוס קימנטיקה קשה טכניקה: הראש ועמוד השדרה הצווארי נסרקו ללא הזרקות חומר ניגוד. השוואה ללא בדיקה קודמת להשוואה ממצאים: ראש — ללא עדות לאוטם טרי או לדימום תוך גולגולתי חריף. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. מעבר קרניוצרויקלי שמור. חדרי המוח וחללי ה-CSF תקינים ברוחבם. ארובות העיניים שמורות ד"צ. הסינוסים הפאראנזליים מאווררים. תאי המסטואיד מאווררים. ללא עדות לשבר טרי. עמוד שדרה צווארי — מנח קיפטי של עמוד השדרה הצווארי. המפרק האטלנטו-אוקסיפיטלי והאטלנטו-אקסיאלי בעמדה תקינה. Dens ללא סטייה. גופי החוליות בגובה תקין. ללא עדות לשבר טרי או דיסלוקציה. הרקמות הרכות הפארא-ורטברליות במראה תקין ללא תפוחות. שינויים ניוונים גרמיים ודיסקוגניים בעמוד השדרה הצווארי עם בלטי דיסק, היפרטרופיה פצטרית ואונקוורטברלית, היצרות של תעלת השדרה והנקבים הבין-חולייתיים במספר גבהים, בולטים במיוחד בגובה C5-7. ממצאים נוספים: קולקציית אוויר קטנה בסמוך לנאזו-פאריקס משמאל, יתכן דיברטיקולה קטנה. סיכום: ללא עדות לשבר טרי בראש ובצוואר או דם תוך גולגולתי. ד"ר ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם ד"ר ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. ד"ר ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. מספר רשיון: 171678
--------------------	------------	---

סיכום

לסיכום מדובר בבת 58 רקע כמתואר התקבלה למלרד לאחר שהייתה מעורבת בתאונת דרכים כרוכבת אופנוע מול אוטובוס עם חבלה מבודדת לאגן, שוללת חבלת ראש חזה בטן אגן לאור קנמטיקה קשה השלימה TBCT הדגים שבר ראמוס בוביס עליון תחתון ללא חבלות נוספות, נבדקה על ידי אורתופד ו כירורגי ללא ממצא חריג, עומדת נושאת משקל משתחררת הביתה במצב כללי משיביע רצון עם ההמלצות

המלצות כלליות

המלצה: #מעקב רופא/ה מטפל/ת יש לפנות עם מכתב זה
 #לשיכון כאבים, פאראצטמול 1000 מ"ג עד 3 פעמים ביממה, אופטליגין 1000 מ"ג עד 3 פעמים ביממה. ניתן לשלב בן התרופות במינונים המקובלים.
 #דריכה מוגנת עם הליכון
 #שיכון כאב בזלדיאר עד 4 פעמים ביום לפו צורך 10 ימים
 #ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד 10 ימים עם צילום ביקורת
 #בכל החמרה יש לפנות לבדיקה רפואית

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ZALDIAR FC TAB 37.5 mg/325mg (TRAMADOL HCL, PARACETAMOL)

הדרכה סיעודית בשחרור

מטופל הונחה לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	14/12/25 17:42	14/12/25 17:24
תפקודי קרישה			
PT, Sec - blood	Sec	10.03 - 12.43	10.10
PT, INR		0.97 - 1.19	0.92 ↓
PTT	Sec	25.00 - 34.00	25.60
ספירת דם			
RBC	10e6/μL	3.8 - 5.1	4.4
Hemoglobin	g/dL	11.7 - 15.5	12.9
HCT	%	35 - 45	38
MCV	fL	80.0 - 96.0	86.9
MCH	pg	26.0 - 34.0	29.3
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	33.7
RDW	%	0.0 - 15.0	14.4
NRBC/100 WBC	%		0.1
WBC	10e3/μL	4.0 - 11.0	8.1
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	63.1
Neutrophils No.	10e3/μL	1.4 - 6.0	5.1
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	29.2
Lymphocytes No	10e3/μL	1.2 - 3.0	2.4
Mono%	%	2.0 - 13.0	6.6
Monocytes No.	10e3/μL	0.0 - 1.3	0.5
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	0.5
Eosinophils No.	10e3/μL	0.0 - 0.4	0.0
Basophils%	%	0.0 - 1.9	0.6
Basophils No.	10e3/μL	0.0 - 0.2	0.0
Platelet, automated count	10e3/μL	150 - 450	206
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	8.9
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			2.1
כימיה בדם			
Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	108
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	14
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	141.6
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5.30	4.70
Chloride - blood	mmol/L	95 - 110	105
Creatinine	mg/dL	0.50 - 1.20	0.82
Bilirubin, total - blood	mg/dL	0.10 - 1.20	0.22
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood	U/L	10 - 35	21
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	U/L	6 - 42	23
CRP (WIDE RANGE)	mg\L	0.00 - 5.00	3.92
Lipase - blood	U/L	13 - 60	64 ↑
eGFR	ml/min/1.73m	60 - 200	79
גלים בדם			

שם: איריס כהן	ת"ז: 12382750	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	--------	----------------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס	14/12/25 17:42	14/12/25 17:24
Actual base excess - venous blood			2
pH - venous blood	7.320 - 7.420		7.491 ↑
pCO2 - venous blood	mmHg 38.0 - 52.0		34.0 ↓
Base excess/deficit - venous blood	mmol/L -3.0 - 3.0		2.1
HCO3 (Bicarbonate) - venous blood	mmol/L 19.0 - 25.0		25.4 ↑
Carboxyhemoglobin - blood	% 0.0 - 2.0		0.1
Methemoglobin, quantitative - blood	% 0.0 - 1.5		2.0 ↑
Calcium, ionized - blood	mmol/L 1.15 - 1.35		1.17
Anion gap - blood	mmol/L		19
Oxyhemoglobin - blood	% 40 - 70		9 ↓
Deoxyhemoglobin - blood	% 30.0 - 60.0		88.6 ↑
Hemoglobin, total - venous blood	g/dl 12.0 - 18.0		12.2
Chloride, direct - blood	mmol/L 95.00 - 105.00		104.00
Glucose, direct - blood	MG\DL 70 - 115		108
Potassium, direct - blood	mmol/L 3.60 - 4.80		4.58
Sodium, direct - blood	mmol/L 135.00 - 145.00		143.30
Lactate (lactic acid) - blood	mmol/L 0.50 - 2.20		3.03 ↑

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם ויטר מור	תפקיד אחות משחררת	זמן חתימה 14/12/2025 22:11
----------------------	----------------------	-------------------------------

רופאה משחררת

שם החותם ד"ר מרגלית יוני מ.ר. 155803	תפקיד רופאה משחררת	זמן חתימה 14/12/2025 21:55
---	-----------------------	-------------------------------

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

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

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 560803/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ו
תאריך 21/12/2025, א' טבת תשפ"ו, 12:28

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/12/2025 בשעה 16:30

מקום התאונה

בני ברק ששת הימים בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
36752701	אוטובוס צבורי עירוני	איסוזו תורכיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
שלמה "סיקסט"	11061367432500	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	314357377	איונוב סרגיי	14/05/1967	בת ים, גבעתי 14		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
47543103	אופנוע	סאן יאנג טיואן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אין ביטוח		ישראלית



מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	12382750	כהן איריס	05/03/1967	רמת השרון, הפרדס 8	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
1	בחקירה	17/12/2025

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1141969	גוני	אביבה

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1141969	אביבה	גוני	רסב	חוקר משל

חתימה
21/12/2025 12:28

מקום שרות

יחידת בוחנים מחוז תא

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
כהן	% י"ס	12382750	12382750	שם האב
הפריס	8	רמת השרון	4710508	0506998221
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 15/1/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254
חתימה: _____

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, א"ר כהן, מס' 12382750, מרחוב הטלס 6 רמת השרון, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

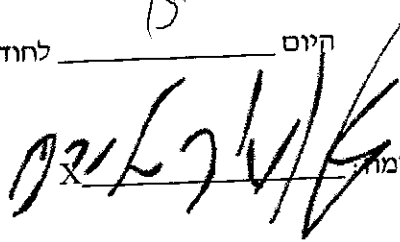
1. לחתום על ולחגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל חליך אחר הנוגע או הנובע מחליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות 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 הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים 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 פס"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 רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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 החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 01 שנה 2026
חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרוינד
מס' רשיון: 62254

עורך-דין