



לכבוד

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

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: **תאונה מיום 25.9.25**

מס' רכב: 87-646-79

הנפגעים: דבורה שולמן, ת.ז. 315447128

ישראל מאיר שולמן, ת.ז. 315581439

הנני מייצג את מרשיי שבנדון ואת ילדיהם הקטינים שנפגעו גם הם, והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 25.9.25, בשעה 22:40, או בסמוך לכך, בדרך מנחם בגין בלוד, עת נהג ישראל מאיר ברכב הנושא מ.ר. 87-646-79 (להלן: "**הרכב**"), עם אשתו דבורה וילדיהם הקטינים: אברהם דוד, ת.ז. 228537312. מרדכי שמואל, ת.ז. 240025486. ואפרת, ת.ז. 236394029 היו מעורבים בתאונה ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב תעודת חובה ותמונות ממקום התאונה, מסומנות "**כנספח 1**".

ישראל מאיר:

2. ממקום התאונה פונה מרשי על ידי צוות מד"א למרכז הרפואי "שמיר" בצריפין שהוא סובל מכאבים והגבלה בצוואר, בבדיקה קלינית נמצא כאב בטווחי הצוואר, הוא שוחרר לביתו בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה

3. מרשי המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, הוא טופל בנטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה.

רצ"ב תעודת חדר מיון ואישור מחלה, מסומנת "**כנספח 2**".

4. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים הוא נזקק לנטילת משככי כאבים וקבלת טיפול רפואי ויזדקק לכך גם בעתיד.

5. בעטיה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת באופן מוגבר ויזדקק גם בעתיד.

6. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקק מרשי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.

דבורה:

7. צוות מד"א שהגיע למקום, טיפל במרשתי כשהיא סובלת מכאבים והגבלה בגב ופינה אותה למרכז הרפואי "שמיר" בצריפין, שם נבדקה, נמצאו רגישות וכאבים בתנועות הגב התחתון, היא הונחתה לנטילת משככי כאבים, הימנעות מפעילות גופנית, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

8. מרשתי סבלה מכאבים חזקים והגבלה בטווחי תנועות הגב והצוואר, היא נזקקה למנוחה בביתה, והיא המשיכה במעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

9. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון, מכאב וקושי בישיבה ושכיבה ממושכת, מהגבלה בכיפוף וכריעה, היא נזקקה לנטילת משככי כאבים, היא נזקקה לביצוע מעקב רפואי ותזדקק לכך גם בעתיד.

10. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצה מרשתי להיעדר מעבודתה, הן לצורך מנוחה והן להשגחה על ילדיה הקטינים כדלקמן, היא נזקקה להפוגות ממושכות במהלך עבודתה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי שכר בעתיד.

11. בעטיה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר ותזדקק גם בעתיד.

12. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקקה מרשתי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.

אברהם דוד:

13. פונה ממקום התאונה, על ידי צוות מד"א לבדיקה במרכז הרפואי "שמיר" בצריפין, לאחר בדיקה ראשונית שוחרר לביתו, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים ולמספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב דוח מד"א ותעודת חדר מיון, מסומנות "כנספח 4".

מרדכי שמואל:

14. צוות מד"א שהגיע למקום מצא את התינוק שהוא סובל מאי שקט, הוא פונה למרכז הרפואי "שמיר" בצריפין בליווי אמו לבדיקה בקהילה, לאחר בדיקה ראשונית שוחרר לביתו, הוא נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב דוח מד"א ותעודת חדר מיון, מסומנות "כנספח 5".

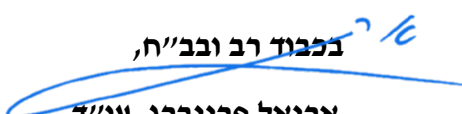
אפרת:

15. פונתה על ידי צוות מד"א לבדיקה במרכז הרפואי "שמיר" בצריפין, לאחר בדיקה ראשונית שוחררה לביתה, היא נזקקה למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילה.

רצ"ב דוח מד"א ותעודת חדר מיון, מסומנות "כנספח 6".

16. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים לקביעת נכות אהיה מוכן להמליץ בפני מרשיי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי כולל לכולם בסך 75,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

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


בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה ותמונה ממקום התאונה (עמודים 6 עד 8)	6
נספח 2: תעודת חדר מיון ואישור מחלה (עמודים 10 עד 12)	10
נספח 3: תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 20)	14
נספח 4: דוח מדא ותעודת חדר מיון (עמודים 22 עד 26)	22
נספח 5: דוח מדא ותעודת חדר מיון (עמודים 28 עד 31)	28
נספח 6: דוח מדא ותעודת חדר מיון (עמודים 33 עד 37)	33
נספח 7: יפוי כח ווסר (עמודים 39 עד 48)	39



נספח 1 :

תעודת חובה ותמונה ממקום התאונה

(עמודים 6 עד 8)



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



1.2.8

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.

[illegible]

הודעת זיכוי		הודעת זיכוי	
לפי פקודת ביטוח רכב ממנעי (נסח חדש) התש"ל-1970 (להלן - פקודת הביטוח)		הודעת זיכוי	
ישראל מא שולמן 315581439		ישראל מא שולמן 315581439	
שבט זבולון 11 (8) ל"ד 7135139		שבט זבולון 11 (8) ל"ד 7135139	
שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה	
תעודה זו מהווה חלק בלתי-פירד מהפוליסה		תעודה זו מהווה חלק בלתי-פירד מהפוליסה	
מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אך לא לפני:		מועד תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אך לא לפני:	
מספר הפוליסה		מספר הפוליסה	
שם היצרן והדגם		שם היצרן והדגם	
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנוקע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)		סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנוקע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)	
פרטי		פרטי	
מספר הרישוי של הרכב (או מספר הרישום)		מספר הרישוי של הרכב (או מספר הרישום)	
הודעת זיכוי		הודעת זיכוי	
שם זמני בכתובים		שם זמני בכתובים	

**ביטוח
ישיר**

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

**ביטוח
ישיר**
גני.די.איי חברה לביטוח בע"מ.
רח' אפרת 35, קריית אפרת, פתח תקווה 4951032

03-555555

מטרות השימוש המותרות

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

- (1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבטח, 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 חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק. לענין זה "חוזה שכירות" – למעט חוזה ליסינג-תפעולי או חוזה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימוני);

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחרותי שניתן עליו רישיון כלי תחרות, 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 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.



נספח 2 :

תעודת חדר מיון ואישור מחלה

(עמודים 10 עד 12)





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

סודי רפואי
המשך מכתב: 315581439 ישראל מאיר שולמן

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 1 ג' 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
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





מספר רשיון 165654
טלפון 08-6308960

ד"ר (רופא) גיהאד שקיראת
רפואת משפחה
שבט גד 3, לוד
גני איילון

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 28/09/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: שולמן ישראל מאיר	מס זהות: 00315581439	גיל: 29.10	מין: ז
ת.לידה: 08/11/1995	ישוב: לוד	רחוב: שבט זבולון		
מס בית: 11 / 1	טלפון: 54-8419915	טלפון נוסף: 3-6163691		

25/09/2025 תאריך תאונה

1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 25/09/2025 עד תאריך: 05/10/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

165654

ד"ר (רופא) גיהאד שקיראת

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

28/09/2025

הודפס ע"י ד"ר (רופא) גיהאד שקיראת

00315581439

שולמן ישראל מאיר

- 12 -

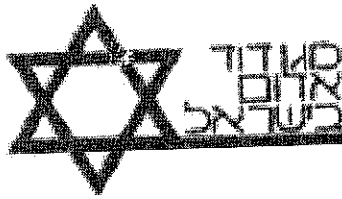
הודפס מאתר כללית ב-28.09.2025 בשעה 21:15 בעבור ישראל מאיר שולמן. תעודת זהות: 00315581439.

נספח 3 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 20)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

1473

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	בדיקות
23/10	הקאות
ללא הקאות	נשימות
נושם	קצב נשימה
17	דופק
סדיר	דופק לדקה
80	הכרה
מלאה A	עור ורידת
תקין	

בדיקות עזר

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

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טיפול

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

תרופות

אומדנים מס' 1473 - בדיקה 1	תרופות

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 בדרכי

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
שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' 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
בהימנעות 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



DR. ARIE BURSTEIN

SPECIALIST IN HYPERTENSION
AND FAMILY MEDICINE

17, HAHULA ST. RAMAT-GAN, ISRAEL

טל: 03-6779706 פקס: 03-6779721

93, RABI AKIVA ST. BNEI-BRAK, ISRAEL

טל: 03-6181844 פקס: 03-6165367

ד"ר אריה בורשטיין

מומחה ליתר לחץ דם
ולרפואת משפחה

רח' החולה 17, רמת גן

רח' רבי עקיבא 93, בני ברק

04.11.25

אליהו

הכבוד : ד"ר אריה בורשטיין

ת.ד. : 315447128

המטופל צריך תאריך ציורים לא קוב

דמיון - 25.9.25

ד"ר אריה בורשטיין המטופל סובל מאלצהיימרים

מספרים מוזכרים במסמך והגדר אלו

דמיון נקלש והגדר מתחלף

דמיון דג יורה מאלצהיימרים, תוצרת חג אשכנז

לא תצויה על איתחול צדדים.

המטופל נמצא עם ימים דלוק שקלש א

המטופל באמצעות שאלה עם הפרדה רפואית. בלוי



תאריך הדפסה : 12/11/25
שעת הדפסה : 11:56:37
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : שולמן דבורה	ת.ז. : 1-31544712/8
גיל בעת הביקור : 28Y 11M	ת.לידה : 9/12/1996

תאריך ביקור: 12/11/25 שעת ביקור: 11:52
רופא/מטפל: 123249 שיפוטובסקי אלכסנדר
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר: : סניף גני יער
תחום טיפול: רפואת משפחה
תיק רפואי: תמר
אבחנות:
=====

E829 OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS
< S/P >

תלונות:
=====

בתאריך 25.09.25 הייתה מעורבת בתאונת דרכים.
בזמן נסיעה רכב אחר פגע ברכבה (הייתה במושב ליד הנהג) בצידו של הנהג.
נפתחו כריות אוויר.
פונתה למיון באמבולנס.
במהלך שבוע ראשון לאחר התעונה סבלה מכאבי גב חזקים.
פנתה לרופא בקופה וקיבלה חופש מחלה.
עם הזמן כאבים חלפו.
כעת מרגישה בטוב.

סיכום דיון והמלצות:
=====

המשך מעקב וטיפול ללא שינוי.



ד"ר שיפוטובסקי אלכס
מומחה ברפואת משפחה, רפואת להט"ב, נאמן כאב
מ.ר. 123249 מ.ר.מ. 46891

הופק ע"י ד"ר שיפוטובסקי אלכסנדר מ"ר: 123249

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה
כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

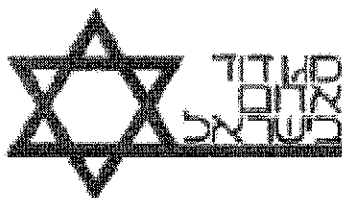
נספח 4 :

דוח מדא ותעודת חדר מיון

(עמודים 22 עד 26)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



1473

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, שוללים סיפור של אובדן הכרה או חבלת ראש,

ללא תלונות נוספות.

פונה לבקשת האם למיון ילדים בבית החולים אסף הרופא להמשך ביור 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
נשום	נשימות
25	קצב נשימה
סדיר	דופק
85	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1473 - בדיקה 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 : _____





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 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 סימני חבלה ללא סימני צד מתהלך במיון ללא הגבלה דופק 90

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

סיכום ודין

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 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.



נספח 5 :

דוח מדא ותעודת חדר מיון

(עמודים 28 עד 31)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

1473

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,
 שוללים 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 :





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 ודין

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.

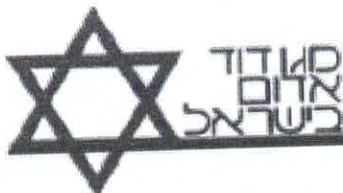


נספח 6 :

דוח מדא ותעודת חדר מיון

(עמודים 33 עד 37)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

1473

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 : _____



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 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.



נספח 7 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 39 עד 48)



יפוי כח

אני הח"מ, צ'ירה שלמן
 ת.ז. ח.פ. מס' 31544728, מרחוב שטלס 25 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 ולחתום.
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
 הנני מאשר את חתימת עו"ד אריאל פרייברג

עורך-דין

י פ ו י כ ח

שם האירוע

ת.ז.ח.פ. מס' 315581439, מרחוב 625 ה'אין 11/8 ק"מ

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

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 מז' 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 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

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 שלום
ת.ז.ח.פ. מס' 2363 94029, מרחוב שאולין 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 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 30/4 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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה"ר יקלמן מרדכי שמשון
ת.ז.ח.פ. מס' 240025426, מרחוב שטל סטולין 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

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>27</u> שם האב <u>054 8427310</u> טלפון	<u>515 947128</u> תעודת זהות <u>7135139</u> מיקוד	<u>כזרה</u> שם פרטי <u>נוק</u> עיר	<u>11/8</u> מס' רחוב <u>11/8 Cre</u> רחוב
--	--	---	--

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: _____
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 ומסירת פרטים _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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	
שלמה	שלמה	315581437	שם האב	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון	
5625625	11/8	7135139	0548419915	

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. _____
 עו"ד אריאל פריינד
 מס' רשיון: 62254
 חתימה: _____
 X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

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

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> שם פרטי	<u>שם פרטי</u> שם האב	<u>תעודת זהות</u> מס' ת.ז.	<u>שם האב</u> מס' ת.ז.
שם משפחה רחוב	שם פרטי מס'	תעודת זהות מיקוד	שם האב טלפון
56565656	11/8	7135139	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 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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____

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

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> <u>Wre</u>	<u>שם פרטי</u> <u>אריה</u>	<u>תעודת זהות</u> <u>236394029</u>	<u>שם האב</u> <u>ישראל גלי</u>
<u>רחוב</u> <u>Gre 125</u>	<u>מס'</u> <u>11/8</u>	<u>עיר</u> <u>ק/ק</u>	<u>מיקוד</u> <u>7135139</u>
		<u>טלפון</u> <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 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
ע"י אריה פרוייקט
תאריך: 30/11/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X e.p
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)