



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**באתר**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

12 ינואר 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 21/11/24**  
**הנפגעת: רות רוסדון רוז'יני, ת"ז 014042576**

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,  
אריאל פרייברג, עו"ד  
  
פרייברג רסקין עורכי דין



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

### הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

### חובה לצרף טופס זה

- ☞ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ☞ 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

### לידיעתך!

- ☞ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.
- ☞ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ☞ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

014042576

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה

1

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| שם פרטי                                                                                                                                                                                                                                          |  | שם משפחה                                 |  | מספר זהות ס"ב           |  |
| רויט                                                                                                                                                                                                                                             |  | רויט                                     |  | 014042576               |  |
| מספר אישי בצה"ל                                                                                                                                                                                                                                  |  | מספר זהות ס"ב                            |  | מספר זהות ס"ב           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 05031970                                 |  | 05031970                |  |
| עיסוק                                                                                                                                                                                                                                            |  | מין                                      |  | תאריך לידה              |  |
| שכיר <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |  | זכר <input type="checkbox"/>             |  | שנה חודש יום            |  |
| מתנדב <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   |  | נקבה <input checked="" type="checkbox"/> |  |                         |  |
| עצמאי <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |  |                         |  |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים)                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |  |                         |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                     |  | מס' בית                                  |  | דירה                    |  |
| סמך                                                                                                                                                                                                                                              |  | 10                                       |  | ת/א 27                  |  |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                       |  | טלפון נייד                               |  | דואר אלקטרוני           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 0533334831                               |  | rutitkozini@gmail.com   |  |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                         |  |
| שם משפחה של איש קשר                                                                                                                                                                                                                              |  | שם פרטי של איש קשר                       |  | מס' זהות של איש קשר ס"ב |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                         |  |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |  |                                          |  |                         |  |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |  |                         |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                     |  | מס' בית                                  |  | דירה                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                         |  |
| מיקוד                                                                                                                                                                                                                                            |  | ישוב                                     |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                         |  |

2

|                                                                                                       |  |              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| תאריך הפגיעה                                                                                          |  | תאריך הפגיעה |  |
| 21/11/2024                                                                                            |  | 21/11/2024   |  |
| שנה חודש יום                                                                                          |  | שנה חודש יום |  |
|                                                                                                       |  |              |  |
| פרטים על הפגיעה                                                                                       |  |              |  |
| נפצעתי בעת עבודתי כמורה בבית ספר, נפצעתי בעת עבודתי כמורה בבית ספר, נפצעתי בעת עבודתי כמורה בבית ספר. |  |              |  |



014042536

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 3 מתוך 5

5

## המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

23"

פאז באז תחתן  
קיש מצויה ונכס  
קיש מצויה ונכס  
האזהרה תחתן

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?  
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

## חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך  
 אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ 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 בירור זכאותי.

7

## שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

## פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?  
☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_

מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?  
☐ לא ☒ כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_

שורה חזרה לטובת

9

## 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 יפוי 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: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

ש"ת אריאל כהן

כתובת

3 יק אגא מ/ 4 רמת 16

טלפון

09-7412358

014042576

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 4 מתוך 5

10

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        |          |
| יוסף יוסף יור    |          | 555            |          |
| מספר חשבון       | מס' סניף | שם הסניף/כתובת | שם התובע |
| 123017           | 555      | סניף 2 חולון   | 555      |

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 11.1.26 חתימת מקבל הגמלה X חתימת השותפים לחשבון X

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☒ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 11.1.26 חתימת התובע X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

014042576

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 5 מתוך 5

חותמת קבלה

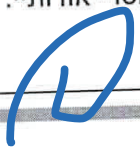
המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

|                                                                                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1 פרטים אישיים                                                                                                                                                       |                              |
| קוד גמלה<br>11                                                                                                                                                       | מספר זהות/דרכון<br>014042576 |
| שם משפחה<br>רוז'נו                                                                                                                                                   | שם פרטי<br>רות יוסף          |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 הצהרה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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.</p> <p>תאריך 11.1.26 חתימת המבוטח * </p> |



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

## מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס

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 ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מחוזה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

|                                        |                             |
|----------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: רוז'ני                       | ת. לידה: 05/07/1970 גיל: 54 |
| שם פרטי: רוסודן רות                    | ת. זהות: 14042576 מין: נקבה |
| כתובת: סמדר 10/3 תל אביב - יפו 6710173 | מצב משפחתי: רווק/ה 0        |
| טלפון: 053-3334831                     | שם האב: יעקב שם האם:        |
| זמן קבלה: 20:58 21/11/2024             | קופ"ח כללית                 |
| זמן פתיחת גיליון: 21:02 21/11/2024     | מספר מקרה: 12293634         |
| זמן שחרור: 22:17 21/11/2024            |                             |

### סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

#### אבחנות במלרד

| אבחנה | קוד    | TX | תאריך | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|-------|--------|----|-------|-------|-----|-----|-----|
| MVA   | E819.9 |    |       | ✓     |     |     |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

#### סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

#### בדיקת רופא ראשונית

בת 54, ללא טיפו לבמדללי דם

היתה מעורבת בתאונת דרכים כנסעת במיניבוס במהלך עבודה בנתב"ג, מהירות נמוכה  
לא היתה חגורה  
חבלת ראש, חבלות יבשות בגפיים  
ללא אחבלת חזה/בטן  
ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

במיון:

יציבה המודינמית

בהכרה מלאה, חיונית, עירנית

ראש- המטומה עדינה באזור רכה מימין.

צוואר- ללא רגישות על פני עמו"ש צווארי, מניע ראש בחופשיות

בית חזה- סימטרי, ללא סימני חבלה, ללא רגישות, התפשטות תקינה.

בטן- רכה ללא תפוחה, לא רגישה, ללא סימן חבלה

גב- ללא רגישות על פני עמו"ש גבי/מתני, ללא סימן חבלה

גפיים- מניע בחופשיות, ללא רגישות גרמית, טווחי תנועה שמורים, חבלת יבשה אמה ימין באזור השריר.

המשך מכתב: 14042576 רוסודן רות רוז'ני

בדיקה נירולוגית- אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, פנים סימטריות, ללא עדות לפגיעה בעצבים קרניאליים אחרים, כוח גס ותחושה שמורים, הליכה על בסיס תקין.

סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים כנוסעת, קינמטיקה קלה  
חבלת ראש וגפיים  
בדיקה נירולוגית תקינה, ללא דגלים אדומים המצריכים המשך בירור מבחינת חבלת ראש  
חבלות יבשו תבגפיים  
באישור ד"ר דיקמן משתחררת במצב כללי טוב מע ההמלצות הבאות

סטטוס מטופל בשחרור

במצב כללי טוב.  
יציב נשימתית והמודינמית.  
ללא צורך בהמשך בירור במסגרת אשפוז.  
התקבל הסבר על מהלך הטיפול וההמלצות בשחרור.

טיפול תרופתי במלרד

| תרופה                                      | תזמון מהוראה | תאריך ושעה                                    | צורת מינון ומינון |
|--------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| OPTALGIN DRP 500MG/1ML<br>10ML DRP 1000 mg | Once         | 22:13 21/11/2024<br>דביט סנדרה<br>מ.ר. 211111 | DRP 1000 mg PO    |

מדדים אחרונים

| SAT | T    | P  | BP      |
|-----|------|----|---------|
| 100 | 36.4 | 83 | 153/102 |

המלצות בשחרור

המלצה:  
-מעקב רופא מטפל במידת הצורך  
-משככי כאבים לפי הצורך  
-בכל החמרה לרבות כאבי ראש עזים, הקאות, אובדן הכרה, טשטוש ראייה -  
לפנות לבדיקה רפואית  
חופשת מחלה: 3 ימים.

רשימת תיוג להעברה

22:17 21/11/2024

העברה: ק

זיהוי מטופל: רשומה וידון

מועבר להמשך טיפול ב: שחרור מהמלר"ד

חתימת רופא

| שם החותם                  | תפקיד  | זמן חתימה        |
|---------------------------|--------|------------------|
| 178466 מ.ר. אלכסנדרה מ.ר. | רופא/ה | 21/11/2024 22:12 |

# שרותי בריאות כללית

02695874 אי שטר

11:02 24/11/24  
 03-5554848  
 82119-0305: פיק  
 448635  
 589906114  
 23 בת ים  
 19 יפ"א  
 חשקתה בת ים  
 רחוב השקמה  
 חש' ת"ק  
 רוק: בולגוב חיה ארשית

50.00% 22.78 24\*ROKACET PLUS CAP

22.78 1404257  
 22.78  
 \* סו"כ קופסה:  
 סהר רוזיני רוטנדר

ס"כ פריטים  
 45.56 סו"כ קופסה: הנחה:  
 -22.78 הנחה:  
 22.78 סו"כ אחרי הנחה:  
 22.78 סו"כ אחרי הנחה:

22.78 כחשכום

22.78 חשבונו בבנק יח"כ בטר:



|          |                   |            |            |
|----------|-------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר עאמר אבו עראר | מספר רשיון | 168385     |
| תחום     | רפואת משפחה       | טלפון      | 03-5554848 |
| כתובת    | השיקמה, 23        | פקס        | 03-5554818 |
| מרפאה    | השקמה - בת ים     | מחוז       | ת"א        |

תאריך: 24/11/2024

## אישור מחלה

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| פרטי המטופל:    |                   |
| שם משפחה ופרטי: | רודיני רוסודן רות |
| ת.לידה:         | 05/07/1970        |
| מס בית:         | 3 / 10            |
| מס זהות:        | 00014042576       |
| גיל:            | 54.05 מין: נ      |
| רחוב:           | סמדר              |
| טלפון מסר:      | 3- 5537726        |
| טלפון:          | 53- 3334831       |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד   | אופיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/11/2024 עד תאריך: 23/11/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

168385

ד"ר עאמר אבו עראר

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

24/11/2024

הודפס ע"י ד"ר עאמר אבו עראר

00014042576

רודיני רוסודן רות

תאריך: 26/11/2024

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

|                      |                    |                    |
|----------------------|--------------------|--------------------|
| פרטי המטופל:         | שם משפחה ופרטי:    | רוז'יני רוסודן רות |
| מס זהות: 00014042576 | ת.לידה: 05/07/1970 | גיל: 54.05 מין: נ  |
| רחוב: סמדר           | ישוב: תל אביב -    |                    |
| טלפון מסר: 3-5537726 | טלפון: 53-3334831  | מס בית: 10 / 3     |

תאריך תאונה: 21/11/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

| קוד  | איפיון | אבחנה                  |
|------|--------|------------------------|
| E811 | s/p    | MOTOR VEHICLE ACCIDENT |

הטיפול שניתן:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:**

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 21/11/2024 עד יום 30/11/2024 (בכלל) סה"כ 10 ימים

26/11/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

השקמה - בת ים

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי

תאריך: 09/12/2024

**הפניה למכון פיזיותרפיה**

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |                    |             |             |      |             |            |   |
|--------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוז'יני רוסודן רות | מס זהות:    | 00014042576 | גיל: | 54.05       | מין:       | נ |
| ת.לידה:      | 05/07/1970      | ישוב:              | תל אביב -   | רחוב:       | סמדר | טלפון נוסף: | 3- 5537726 |   |
| מס בית:      | 10 / 3          | טלפון:             | 53- 3334831 |             |      |             |            |   |

תאריך תאונה 21/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33051123776

מספר הפניה:

גורם שולח



3051

מספר הפניה



033051123776

תז נבדק



14042576

רשיון רופא



031120

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                         | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול | 80015       |

LOW BAC PAIN / HAND LEG PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2024  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2024  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/11/2024

בת 54, ללא טיפול לבמדללי דם  
היתה מעורבת בתאונת דרכים כנוסעת במיניבוס במהלך עבודה בנתב"ג,

מהירות נמוכה

לא היתה חגורה

חבלת ראש, חבלות יבשות בגפיים

ללא אחבלת חזה/בטן

ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

במיון:

יציבה המודינמית

בהכרה מלאה, חיונית, עירנית

ראשה מטומה

עדינה באזור רכה מימין.

צווארללא

רגישות על פני עמו"ש צווארי, מניע ראש בחופשיות

בית חזה/סימטרי,

ללא סימני חבלה, ללא רגישות, התפשטות תקינה.

ממשיכה עם כאבי גב הגבות בתנועות כאבים ביד ורג

בטן/רכה

לא תפוחה, לא רגישה, ללא סימן חבלה

גב/ללא

רגישות על פני עמו"ש גבי/מתני, ללא סימן חבלה

גפיים/מניע

בחופשיות, ללא רגישות גרמית, טווחי תנועה שמורים, חבלת יבשה אמה ימין

באזור השריר.

בדיקה נירולוגית/אישונים

שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, פנים סימטריות, ללא עדות לפגיעה

בעצבים קרניאליים אחרים,

כוח גס ותחושה שמורים, הליכה על בסיס תקין.

סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים כנוסעת, קינמטיקה קלה

חבלת ראש וגפיים

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא דגלים אדומים המצריכים המשך בירור מבחינת

חבלת ראש

חבלות יבשות תבגפיים

א/ח/ר  
25  
26/11/24  
8:20  
שווה  
800

באישור ד"ר דיקמן משתחררת במצב כללי טוב סע ההמלצות הבאות:  
סטטוס מטופל בשחרור  
במצב כללי טוב.  
יצב נשימתית והמודינמית.  
ללא צורך בהמשך בירור במסגרת אשפוז.  
התקבל הסבר על מהלך הטיפול וההמלצות בשחרור.

המלצה: מעקב  
רופא מטפל במידת הצורך  
משככי כאבים לפי הצורך  
בכל החמרה לרבות כאבי ראש עזים, הקאות, אובדן הכרה, טשטוש ראייה -  
לפנות לבדיקה רפואית  
חופשת מחלה: 3 ימים.  
26/11/2024  
שייכת לד"ר פאר. מדברי המטופלת ת"ד כרה בזמן עבודה ב21.11.2024 בשעה  
19.30 - אין לה עדיין ט250  
26/11/2024  
הנ"ל חזרה בעוד שעה עם טופס 250  
27/11/2024  
הנ"ל הגיעה לסרוק ט250  
09/12/2024

סימנים חיוניים:

גובה 167 02/01/2024 משקל 80 02/01/2024 bmi 28.69  
לחץ דם 140 / 74 09/01/2024  
דופק 85 09/01/2024 סדיר

13/08/2024 מתאריך 108.58 eGFR

#### בעיות פעילות

| מגוון      | אופן    | בעיה                                  |
|------------|---------|---------------------------------------|
| 04/06/2015 |         | POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER        |
| 01/01/1999 |         | SMOKER                                |
| 01/01/2007 | CHRONIC | FATTY LIVER                           |
| 01/09/2010 |         | sleeve gastrectomy 07/09/2009         |
| 01/06/2012 |         | TRANSSPHEOIDAL ADENOECTOMY 20/06/2012 |
| 23/03/2016 |         | VARICOSE VEINS LEGS                   |
| 01/12/2007 |         | DIABETES MELLITUS                     |
| 01/12/2007 |         | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED            |
| 01/01/2014 |         | PITUITARY ADENOMA                     |
| 31/01/2023 |         | HAMMER TOE                            |
| 21/02/2023 |         | VASCULAR MALFORMATION LT LEG          |
| 22/08/2024 |         | NASOPHARINGAL MASS                    |

no

#### מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| הגשות ל   | תגובה  | נמסר ע"י |
|-----------|--------|----------|
| אינו ידוע | המטופל |          |

no

#### מידע ישן

תרופות קבועות

| שם    | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                      |
|-------|-------|---------|------|---------------------------------------------|
| ביום  | 2     | טבליות  | 1    | JARDIANCE DUO<>12.5MG/1000 TA 12.5MG/1000MG |
| ביום  | 1     | טבליות  | 1    | CRESTOR 10MG TAB 10MG                       |
| בשבוע | 1     | זריקה   | 1    | TRULICITY 1.5MG/0.5ML<>PEN 4 1.5MG/0.5ML    |

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

31120

ד"ר מאיה פאר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



|          |                                         |            |            |
|----------|-----------------------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ                    | מספר רשיון | 13022      |
| תחום     | אורתופדיה                               | טלפון      | 03-5550828 |
| כתובת    | הרב ניסבאום 33 בת ים                    | פקס        | 03-5550881 |
| מרפאה    | בת ימון - רופאים יועצים עצמאיים - בת ים | מחוז       | ת"א        |

תאריך: 11/12/2024

## הפניה לדימות

|              |                 |                    |             |             |      |             |            |   |
|--------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוז'יני רוסודן רות | מס זהות:    | 00014042576 | גיל: | 54.05       | מין:       | נ |
| ת.לידה:      | 05/07/1970      | ישוב:              | תל אביב -   | רחוב:       | סמדר | טלפון נוסף: | 3- 5537726 |   |
| מס בית:      | 3 / 10          | טלפון:             | 53- 3334831 |             |      |             |            |   |

תאריך תאונה: 21/11/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 32981024156

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2981



032981024156



14042576



013022

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: רנטגן  
עש מותני

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                  | שירות רפואי |
|-----------|-----------|------------------------------|-------------|
| 78183     | 72100     | צילום עמוד שדרה מותני סקראלי | 10301023    |

המטופל מתלונן על:

עברה תד-בדרך למדבר אוכל  
תאונת עבודה  
היתה במיון אסף הרופא בתחילה לא היו כאבים  
כאב בגב בירכיים  
במיון לא נעשו צילומים

ממצאים עיקריים  
רגישות בגב תחתון עומדת על קצה אצבעות ועקבים  
כאב לתנועות  
עומדת על קצה אצבעות ועקבים

## אבחנה משוערת

| קוד  | אפיין | אבחנה                |
|------|-------|----------------------|
| A80  |       | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7242 |       | LOW BACK PAIN        |

## בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אפיין   | בעיה                                   |
|------------|---------|----------------------------------------|
| 04/06/2015 |         | POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER         |
| 01/01/1999 |         | SMOKER                                 |
| 01/01/2007 | CHRONIC | FATTY LIVER                            |
| 01/09/2010 |         | sleeve gastrectomy: 07/09/2009         |
| 01/06/2012 |         | TRANSSPHENOIDAL ADENOECTOMY 20/06/2012 |
| 23/03/2016 |         | VARICOSE VEINS LEGS                    |
| 01/12/2007 |         | DIABETES MELLITUS                      |
| 01/12/2007 |         | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED             |
| 01/01/2014 |         | PITUITARY ADENOMA                      |
| 31/01/2023 |         | HAMMER TOE                             |

|            |        |                              |
|------------|--------|------------------------------|
| מגילוי     | איפיון | בעיה                         |
| 21/02/2023 |        | VASCULAR MALFORMATION LT LEG |
| 22/08/2024 |        | NASOPHARINGAL MASS           |

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל  | תגובה  | נמסר ע"י |
|-----------|--------|----------|
| אינו ידוע | המטופל |          |

מידע ישן

CREATININE: 0.52 מתאריך 13/08/2024

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

13022

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



|          |                                         |            |            |
|----------|-----------------------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ                    | מספר רשיון | 13022      |
| תחום     | אורתופדיה                               | טלפון      | 03-5550828 |
| כתובת    | הרב ניסבאום 33 - בת ים                  | מחוז:      | ת"א        |
| מרפאה:   | בת ימון - רופאים יועצים עצמאיים - בת ים |            |            |

מספר תיק: 589906114

תאריך: 11/12/2024 12:19

## אישור

ת.ז: 000014042576

סך של: 29 ₪

אמצעי תשלום: הוראה לחיוב חשבון

אישור: 010419 - 2981

לכבוד: רוז'יני רוסודן רות

עבור ביקור ראשון בתקופה במרפאה העצמאית

החשבון שלך יחויב בסכום הנ"ל

חתימה וחותמת הרופא

נא לשמור את הקבלה להתחשבות עתידית



מספר רשיון 168385  
טלפון 03-5554848  
פקס 03-5554818  
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר עאמר אבו עראר  
תחום רפואת משפחה  
כתובת השיקמה, 23  
מרפאה השקמה - בת ים

תאריך: 24/11/2024

### אישור מחלה

|              |                 |                    |            |             |           |        |           |         |        |
|--------------|-----------------|--------------------|------------|-------------|-----------|--------|-----------|---------|--------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוז'יני רוסודן רות | מס זהות:   | 00014042576 | גיל:      | 54.05  | מין:      | נ       |        |
| ת.לידה:      | 05/07/1970      | ישוב:              | תל אביב -  | רחוב:       | סמדר      | טלפון: | 3-5537726 | מס בית: | 10 / 3 |
| מס בית:      | 10 / 3          | טלפון:             | 53-3334831 | טלפון:      | 3-5537726 |        |           |         |        |

תעודה ראשונה למחלה זו

בבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/11/2024 עד תאריך: 23/11/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

168385

ד"ר עאמר אבו עראר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות



012981009621

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

רוזיני רוסודן רות

מס' זהות: 00014042576

מין: 54.05

גיל:

ביקור עקב תאונת עבודה

CELECOXIB 100MG CAP 100MG

999010639

(CELECOXIB TEVA 100MG (M) CAP, CELCOX 100MG(M) CAP)

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

כמוסות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 12/03/2025 - 11/12/2024

מס' מרשם

גיל:

מס' רישיון



013022

טלפון: 03-5550828

הרופא ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

כתובת: הרב ניסבאום 33 - בת ים

חום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

תאריך: 13/05/2025

**סיכום ביקור**

|              |                 |                    |             |             |      |             |            |   |
|--------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוז'יני רוסודן רות | מס זהות:    | 00014042576 | גיל: | 54.10       | מין:       | נ |
| ת.לידה:      | 05/07/1970      | ישוב:              | תל אביב -   | רחוב:       | סמדר | טלפון נוסף: | 3- 5537726 |   |
| מס בית:      | 10 / 3          | טלפון:             | 53- 3334831 |             |      |             |            |   |

21/11/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

**שלום רב,**

13/05/2025

תאריך הביקור:

21/11/2024

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 22/01/2025

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 11/12/2024

עברה תד בדרך לחדר אוכל עובדת באל על

תאונת עבודה

היתה במיון אסף הרופא בתחילה לא היו כאבים

כאב בגב בירכיים

במיון לא נעשו צילומים

22/01/2025

בצילום

שיניים ניווניים

13/05/2025: יש עדין כאבים בגב תחתון הקרנה לעוזים

בדיקה גופנית מתאריך 22/01/2025

בדיקה גופנית מתאריך 11/12/2024

רגישות בגב תחתון עומדת על קצה אצבעות ועקבים

כאב לתנועות

עומדת על קצה אצבעות ועקבים

22/01/2025

יש תור לפיזיותרפיה

13/05/2025

רגישות עפ גב תחתון

כאב לתנועות

ממשיכה בפיזיותרפיה

**בדיקה גופנית:**

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7242 |        | LOW BACK PAIN        |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/01/2025

ההפניות שהופקו ב 11/12/2024

הפניה לדימות - 78183- צילום עמוד שדרה מותנ

22/01/2025

13/05/2025

**בברכה,**

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

13022

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

חתימה וחוקת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

## י פ ו י כ ח

רות רוסודן רוזיני

אני הח"מ, \_\_\_\_\_

סמדר 3/10 תל אביב

014042576

מרחוב

ת.ז.ח.פ. מס' \_\_\_\_\_

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 בהעזרי.
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

25

8

לחודש

14

היום

שנה

חתימה: X \_\_\_\_\_

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד  
מ.ר. 52254  
עורך-דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |            |         |               |
|----------|------------|---------|---------------|
| שם האב   | 014042576  | רות     | רוסודן רוזיני |
| שם משפחה | תעודת זהות | שם פרטי | שם משפחה      |
| סמדר     | מיקוד      | תל אביב | 10/3          |
| רחוב     | טלפון      | עיר     | מס'           |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_  
רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 14/8/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

*אניאל מרדכי, עו"ד*  
מ.ר. 62254