

תאריך הגשת הבקשה:

29/04/2026

שלום רב,

הנדון: בקשה לקבלת דו"ח רפואי, רופא/פראמדיק**פרטי מקבל השירות (חולה/נפגע)**

שם פרטי: תמר תפארת שם משפחה: יעקובסון

מס' זהות: 207601725 מס' טלפון: 037412358

כתובת: שילה, דרך עצי שיטים 42 מס' טלפון נייד: 0545266601

פרטי האירוע

תאריך האירוע: 28/01/2026 מיקום: בבית 60 ליד צומת מכמש

מס' הודעת חוב: _____ מס' הדו"ח המבוקש (ככל שידוע): _____

פרטי הפונה (מבקש המידע)

◀ ככל שמבקש המידע הינו מקבל השירות (החולה/נפגע) סמן בהתאם: ☐ כן ☒ לא

קרבה לחולה/נפגע: עורך דין

שם פרטי: אריאל שם משפחה: פרייברג

מס' זהות: 066630930 כתובת: רמת גן,

מס' טלפון: _____ מס' טלפון נייד: 0546544930

המטרה לשמה מתבקש המידע: _____

דרכי המצאה: ☐ באמצעות פקס שמספרו: _____

☐ באמצעות דואר, לכתובת: frei.ariel@gmail.com

◀ לצורך טיפול בבקשה, יש לצרף צילום קריא של תעודת הזהות ולצידה ספח פתוח.

◀ ככל שמבקש המידע אינו מקבל השירות בעצמו, חובה לצרף לבקשה כתב ויתור על סודיות רפואית-וס"ר (למעט בבקשת מידע ע"י הורים ביחס לילדיהם הקטינים).

◀ בנוסף לאמור לעיל, ככל שמבקש המידע הינו יורשו של מקבל השירות, חובה לצרף לבקשה צו ירושה/צו קיום צוואה, לשם הוכחת הזכאות לקבלת המבוקש.

אין עלייך חובה חוקית למסור מידע אישי למד"א ומסירתו תלויה ברצונך ובהסכמתך. השימוש במידע האישי שתמסור בטופס זה ייעשה כדי לבחון את בקשתך ולהשיב לה. למידע נוסף ניתן לעיין במדיניות הפרטיות המלאה הזמינה לעיון בכל עת באתר מד"א

מס' פקס למשלוח הבקשה: 03-6306046, או באמצעות דוא"ל: mida@mda.org.il

לצורך קבלת אישור משלוח פקס: 03-6301451.

חתימת המבקש,

