



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 20 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 3/11/25
הנפגע: עופר דגן שמחי, ת.ז. 054765334

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

מכבוד 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 לטופס 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 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 וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט 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. זימונה 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 וביירוים 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

54765334

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

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
שמי		עופר		054765334	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
☒ זכר ☐ נקבה				06061957	
עיסוק		שכיר ☐ מתנדב ☒ עצמאי		שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
מאה 10		5			
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
055327858		0505919641		oford232@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	
☐ 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		כניסה	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה		שנה חודש יום	
25/10/20			
פרטים על הפגיעה			
בזמן המנוחה, נפילת מוט, נפילת גוף ונפילת			

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
מס' עור'ת קבלת חשד						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
מס' 61	5			עמית מילואים		
המקצוע ערב הפגיעה: מכירה יחסי						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי	טלפון נייד
☐ משטרה	☐ אחר	
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב
		מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____		
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא		
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.		

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם בית החולים _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידיך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר נחמס מל	אורתופדיה	מקלט 64 חק השמין
ד"ר יעקב איזנשטיין	מטפיה	מחנה 66 שטח שמיאל
ד"ר יואל זלמן	אורטיזציה	כפר מקור

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאב והשלל בעצמות היד ימין קושי באחיזה ונשיאה כאב יד שמאל וסחלת קושי בהנעת רגל ימין	737

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים 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 סולא מלאה והשלל

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 הכנסותיי. 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 _____

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 ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע 3/8 מריתל טייטל כתובת 37 מלאה ה' ז' ימין טלפון 03-742358

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			
אסר טלח			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
כנס/א.י.	ק.א.י. - נמח מנה	153	6007

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 מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 ו/או 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 20.4.26 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך 20.4.26 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.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים		1
קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 054765334	תאריך הפגיעה שנה חודש יום
שם משפחה שמ	שם פרטי אור	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2	הצהרה
אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותיי.	
תאריך	20.4.26
חתימת המבוטח	✕

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-20:46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ת אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

ת. לידה: 04/06/1957

ת. זהות: 5476533-4

מין: זכר

גיל: 68

מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205

0505919641

שם משפחה: שמחי

שם פרטי: עופר דגן

כתובת:

טלפון:

תאריך קבלה: 03/11/2025 18:05
מספר קבלה: 2862793501

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: חבלה

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אזרח

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
Fall - accidental	E8889			✓			

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת ראש

סיבות נוספות: חבלת כתף

הערות: נפל מסולם

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

דשקג

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
18:16 03/11/2025		150/82		
18:15 03/11/2025	61		97	3

מהלך ודיון

נרשם ע"י דר' סילפן מאי מ.ר. 180138, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 19:28 03/11/2025

דיווח / דיון: בן 75

רקע כמתואר

ביום קבלתו חבלה ישירה על כף יד שמאל וכתף שמאל

בבדיקתו- נפיחות כף יד שמאל, ללא רגישות סנאפבוקס, ללא רגישות מסרקים, רגישות בשורש כף יד, ללא הגבלה אקסטנציה כיפוף

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-20:46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ות אחרא/ות: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: שמחי	שם פרטי: עופר דגן	שם פרטי: מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205
ת. לידה: 04/06/1957	ת. זהות: 5476533-4	מין: זכר
טלפון: 0505919641	גיל: 68	

שכי
כתף שמאל - סימן סולקוס שלילי, טווח FF 0-80, ללא רגישות IR ER, ללא רגישות ACJ / CLAVICLE / GT / SPINOUS
PROCESS
כוח גס RUM 5/5, רדיאלינימוש

בצילום - ללא ממצא גרמי חריף

משוחרר אורתופדית עם ההמלצות

#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#ש לבצע US כתף שמאל בשאלה של קרעי RC
#פיזיותרפיה - הפעלה מלאה לפי סף כאב
#נגד כאבים לפי הצורך. (ניתן לקחת אופטלגין אחד גרם שלוש פעמים ביום בשילוב אקמול באותו מינון).
#חימום ועיסוי מקומי.
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה יש לפנות לרופא.

גרשם ע"י: דר' ריאן אחמד מ.ר. 164634, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 20:45 03/11/2025

דיווח / דיון: בן 68
ללא טיפול בדילול דם
עלה על סולם לפני כ 4 שעות, ואז נפל נחבל בראשו, כתף שמאל ויד שמאל.
ללא אובדן הכרה ללא כאבים בחזה.
בבדיקת רגישות מינמלית בכף יד שמאל.
סיטי מח ללא ממצא
שחרר אורתופדית

ישוחרר

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#ש לבצע US כתף שמאל בשאלה של קרעי RC
#פיזיותרפיה - הפעלה מלאה לפי סף כאב
#נגד כאבים לפי הצורך. (ניתן לקחת אופטלגין אחד גרם שלוש פעמים ביום בשילוב אקמול באותו מינון).
#חימום ועיסוי מקומי.
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה יש לפנות לרופא.

סטטוס מטופל בשחרור

בהכרה, צלול

רופא אחראי

רופא: דר' ריאן אחמד מ.ר. 164634

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-03/11/2025 20:46

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ת אחרא/ית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

ת. לידה: 04/06/1957

ת. זהות: 5476533-4

מין: זכר

גיל: 68

מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205

0505919641

שם משפחה: שמחי

שם פרטי: עופר דגן

כתובת:

טלפון:

נחתם ע"י: דר' ריאן אחמד מ.ר. 164634

חתימה:

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום הפניה/טופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' ריאן אחמד ב-03/11/2025 20:46

חשוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:

דר' ריאן אחמד

רשיון:

164634

חתימה דיגיטלית:

סרקו את הקוד על מנת לצפות בבדיקות ובמכתבי השחרור



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-20.46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ת אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

ת. לידה: 04/06/1957
ת. זהות: 5476533-4
מין: זכר
גיל: 68

מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205
0505919641

שם משפחה: שמחי

שם פרטי: עופר דגן
כתובת:
טלפון:

תאריך: 18/11/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שמי עופר דגן	מס זהות:	00054765334	גיל:	68.06	מין:	ז
ת.לידה:	04/06/1957	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור			
מס בית:	5	טלפון:	50-5342861	טלפון נוסף:	50-5919641			

מספר הפניה: 35966041336

גורם שולח



5966

מספר הפניה



035966041336

תז נבדק



54765334

מספר רשיון



025964

שירות שנבחר

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

ROTATOR CUFF SYNDROME

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות / סיבת הפניה מתאריך 09/11/2025

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 04/11/2025

מיון 3.11 נפל מסולם

בסיכום מבית חולים בלינסון מומלץ לפנות לUS כתף בשאלה קרע RC

"ביום קבלתו חבלה ישירה על כף יד שמאל וכתף שמאל

בבדיקתו נפוחות כף יד שמאל, ללא רגישות סנאפבוקס, ללא רגישות מסרקים,

רגישות בשורש כף יד, ללא הגבלה אקסטנציה כיפוף

שכי כתף שמאל סימן סולקוס שלילי, טווח 080 FF ללא רגישות ב, ER ללא

רגישות ACJ / CLAVICLE / GT / SPINOUS PROCESS

כוח גס, 5/5 RUM רדיאלינמוש. בצילום ללא ממצא גרמי חריף"

09/11/2025

תאונה אישית בבית

הודעה על תוצאות כתף שמאל US

" 0.9מ"ס: הודגם קרע חלקי Tendon Supraspinatus+ כמות קטנה של נוזל

סביב"

ידוע קרע מ2020

18/11/2025

כאבי זרוע וכתף שמאל

טרם תור לPT

המלצת אורטופד מ10.11 להתחיל PT בהקדם

סימנים חיוניים:

25.88 bmi 09/11/2025 82 משקל 09/11/2025 178 גובה

18/11/2025 138 / 83 לחץ דם

18/11/2025 60 דופק

23/06/2025 מתאריך 76.96 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS
14/03/2022	RT ת.ע.	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
22/03/2024		HYPERCHOLESTEROLEMIA
15/04/2024		VOCAL CORD POLYP

תרופות קבועות

7 ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארנסון

00054765334

שם שמי עופר דגן

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG 1	1	1	טבליות	ביום

ממצאים קליניים הגבלה בהרמת יד שמאל עד 90 מעלות
 ד"ר ליאורה ארנסון
 שם הרופא
 מספר רשיון 25964
 נחתם דיגיטלית**
 חתימה וחותמת הרופא
 בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

נא לא להחזיר חשבונית

תאריך: 07/01/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם יעוצת עופר דגן	מס זהות: 00054765334	גיל: 68.07	מין: ז
ת.לידה: 04/06/1957	ישוב: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641	טלפון: 50-5342861	מס בית: 5

03/11/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

07/01/2026

תאריך הביקור:

03/11/2025

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 15/12/2025:

כאבי כתף שמאל לאחר שנפל מסולם ליפני חודש וחצי סוּנר
קרע חלקי SSP
נבדק במיון צילום תקין
07/01/2026
החל פיזיותרפיה.
סוּנר כתף שמאל מה 11/25 - קרע חלקי 0.9 ס"מ SSP.
צ. כתף שמאל מה 11/25 - אר"ש.

בדיקה גופנית:

15/12/2025: בדיקה גופנית מתאריך
כתף ללא מגבלה בהנעת מטוטלת ללא רגישות במשוש מגבלה באבדוקציה
סיבוב חיצוני ופנימי JOB - ניר חיובי רגישות מעל האינסרציה של הסופרא
ספינטוס ללא אודם או נפיחות ללא רגישות ACJ
07/01/2026
רגישות למישוש SSP, טווחים: FF אקטיבי 130, אבדוקציה 110, סיבוב פנימי
וחיצוני מלאים, JOBE חיובי, BELLYPRESS שלילי, GERBER שלילי, מבחני
ביצפס שליליים.

קוד	איפיון	אבחנה
7261		ROTATOR CUFF SYNDROME
		partial ssp tear lt

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 15/12/2025:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
07/01/2026

תרופות

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	נ	ק	מ	P
ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG	1	TAB	טבליות	3	D	10	30	יחידה	N	1	L	

סיכום והמלצות: המשך פיזיותרפיה - לשיפור כאבים וחיזוק שרירים, תרגילי חיזוק כולל גומיה מול מראה!!!, חיזוק דפרסורים של השכם ושיפור היציבה.

בברכה,

נחתם דיגיטלית

84237

ד"ר פנחס סגל

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך: 07/01/2026

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
שם: 00054765334	מס זהות:	שם: שמחי עופר דגן	ת.לידה: 04/06/1957
גיל: 68.07	מין: ז	גבעת שמואל	מס בית: 5
רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641	ישוב: גבעת שמואל	טלפון: 50-5342861

תאריך תאונה: 03/11/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		partial ssp tear lt

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊗ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/12/2025 עד יום 15/01/2026 (בכלל) סה"כ 46 ימים
07/01/2026 07/01/2026

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מרכז רפואי המושבה יועצת

ד"ר פנחס סגל **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 84237
טלפון 09-7470240
פקס 097470241
מחוז דן-פ"ת

ד"ר פנחס סגל
אורתופד מומחה ומנהל מרפאה
סוקולוב 46, הוד השרון
מרכז רפואי המושבה יועצת

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 07/01/2026

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		שם שמי עופר דגן	
מס זהות:	00054765334	גיל:	68.07	מין:	ז
ת.לידה:	04/06/1957	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור
מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861	טלפון נוסף:	50 - 5919641

תאריך תאונה: 03/11/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		partial ssp tear lt

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 01/12/2025 עד יום 15/01/2026 (בכלל) סה"כ 46 ימים
07/01/2026 07/01/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר פנחס סגל **נחתם דיגיטלית**

מרכז רפואי המושבה יועצת

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 15/04/2026

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שמי עופר דגן	מס זהות:	00054765334	גיל:	68.10	מין:	ז
ת.לידה:	04/06/1957	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור	טלפון נוסף:	50 - 5919641	
מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861					

סוג תאונה: 03/11/2025 תאריך תאונה:

2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		partial ssp tear lt

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 16/01/2026 עד יום 30/04/2026 (בכלל) סה"כ 105 ימים
15/04/2026 15/04/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר פנחס סגל **נחתם דיגיטלית**

מרכז רפואי המושבה יועצת

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 15/04/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: שמוי עופר דגן
ת.לידה: 04/06/1957
מס בית: 5
מס זהות: 00054765334
גיל: 68.10 מין: ז
רחוב: מוטה גור
טלפון נוסף: 50-5919641
גבעת שמואל
ישוב: טלפון: 50-5342861

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 03/11/2025

מספר הפניה: 35379044343

גורם שולח



5379

מספר הפניה



035379044343

תז נבדק



54765334

מספר רשיון



084237

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים 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: מכון דימות

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78555	73221	לכתף שמאל MRI מ.ת.	10406023

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/01/2026
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/12/2025
כאבי כתף שמאל לאחר שנפל מסולם ליפני חודש וחצי סוּנר
קרע חלקי SSP
נבדק במיון צילום תקין
07/01/2026
החל פיזיותרפיה.
סוּנר כתף שמאל מה 11/25 - קרע חלקי 0.9 ס"מ SSP.
צ. כתף שמאל מה 11/25 - אר"ש.
15/04/2026
מציין המשך כאבים ללא שיפור ביזיוטרפיה.

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 07/01/2026
בדיקה גופנית מתאריך 15/12/2025
כתף ללא מגבלה בהנעת מטוטלת ללא רגישות במשוש מגבלה באבדוקציה
סיבוב חיצוני ופנימי JOB - ניר חיובי רגישות מעל האינסרציה של הסופרא
ספינטוס ללא אודם או נפיחות ללא רגישות ACJ
07/01/2026
רגישות למישוש SSP, טווחים: FF אקטיבי 130, אבדוקציה 110, סיבוב פנימי
וחיצוני מלאים, JOBE חיובי, BELLYPRESS שלילי, GERBER שלילי, מבחני
ביצפס שליליים.
15/04/2026
ללא שיפור ניכר.

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
7261		ROTATOR CUFF SYNDROME
		partial ssp tear lt

דיון/תוכנית טיפולית

ה.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

15/04/2026

הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל

00054765334

שמוי עופר דגן

15/04/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS
14/03/2022	RT ע.ת.	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
22/03/2024		HYPERCHOLESTEROLEMIA
15/04/2024		VOCAL CORD POLYP

הערות: כאבים ממושכים בכתף שמאל ללא הטבה לאחר טיפול שמרני ממושך, בסונר קרע 0.9SSP.
MRI כתף שמאל להערכת השרוול המסובב

21/01/2026 מתאריך CREATININE: 0.92

נחתם דיגיטלית

84237

ד"ר פנחס סגל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

6 ה.ה.ר.

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

15/04/2026

הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל

00054765334

שמחי עופר דגן

נא לא להעביר

תאריך: 26/03/2026

סיכום טיפול

פרטי המטופל					שם המטופל	
שם המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	יח"א
00-05476533-4	68.10	ז' מין	04/06/1957	שם האב	50 - 5919641	טלפון נוסף
מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	שם האב	50 - 5342861	טלפון
5 /	מס בית	מס זהות	גיל	ז' מין	04/06/1957	יח"א
מס בית	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	50 - 5342861	טלפון
מס בית	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	50 - 5342861	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250517078 מספר זיהוי הפניה: 32020336573

תאריך הפניה: 10/11/2025

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר זיו הלר

רשיון רופא: 37346

מרפאה: 2020

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
7261			ROTATOR CUFF SYNDROME

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	שמהל	אבחנה
7295			PAIN SHOULDER

תאריך תחילת טיפול: 07/12/2025 תאריך סיום טיפול: 26/03/2026

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	תרגול כללי
12	תרגילי חיזוק
12	הדרכה לתרגול בבית
11	טיפול ברקמה רכה
10	טיפול ב-Hot Pack
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
כתף	שמאל	7	3

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור ברמת כאבים, VAS 3/10. שיפור בתפקוד כגון להתלבש, להחזיק חפץ ביד עם פחות קושי וכאבים. שיפור בטווחי תנועה של יד שמאל.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

26/03/2026
18/03/2026
11/03/2026
05/03/2026
19/02/2026
11/02/2026
04/02/2026
28/01/2026
20/01/2026
11/01/2026
06/01/2026
07/12/2025



חתימה וחותמת

10107906

מספר רשיון

דניס חומוטצקי

שם מטפל

תאריך: 15/04/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם מ' עופר דגן	מס זהות:	00054765334	גיל:	68.10	מין:	ז
ת.לידה:	04/06/1957	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור	טלפון נוסף:	50-5919641	
מס בית:	5	טלפון:	50-5342861					

03/11/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

35379044344

מספר הפניה:

גורם שולח



5379

מספר הפניה



035379044344

תז נבדק



54765334

מספר רשיון



084237

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

partial ssp tear lt

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 07/01/2026

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 15/12/2025

כאבי כתף שמאל לאחר שנפל מסולם ליפני חודש וחצי סוחר קרע חלקי SSP

נבדק במיון צילום תקין

07/01/2026

החל פיזיותרפיה.

סוחר כתף שמאל מה 11/25 - קרע חלקי SSP 0.9 מ"מ.

צ. כתף שמאל מה 11/25 - אר"ש.

15/04/2026

מציין המשך כאבים ללא שיפור ביזיותרפיה.

בעיות פעילות

מגילוי	אפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS
14/03/2022	RT ת.ע.	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
22/03/2024		HYPERCHOLESTEROLEMIA
15/04/2024		VOCAL CORD POLYP

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 07/01/2026

בדיקה גופנית מתאריך 15/12/2025

כתף ללא מגבלה בהנעת מטוטלת ללא רגישות במשך מגבלה באבדוקציה סיבוב חיצוני ופנימי JOB - ניר חיובי רגישות מעל האינסרציה של הסופרא

ספינטוס ללא אודם או נפיחות ללא רגישות ACJ

07/01/2026

רגישות למישוש SSP, טווחים: FF אקטיבי 130, אבדוקציה 110, סיבוב פנימי

וחיצוני מלאים, JOBE חיובי, BELLYPRESS שלילי, GERBER שלילי, מבחני

7 ה.ה.

הפניה לפיזיותרפיה

שם עופר דגן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

15/04/2026

הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל

00054765334

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 5176 מרכז רפואי המושבה

תאריך מקור : 15/04/26
שעת מקור : 11:10

תאריך: 15/04/26
שעה : 11:34

העתק

קבלה: 00141091

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0005476533 שמחי עופר דגן

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

קוד	תאור	תאריך ביקור	לתשלום
58	אורטופדיה	15/04/26	31.00

סה"כ לתשלום: 31.00

סה"כ שולם במזומן 31.00
סה"כ שולם: 31.00

קופאי: 517701 - 8 דוידסון בת אל

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 1305 קרית אונו פיזיותרפיה

תאריך: 07/12/25
שעה : 08:24

מקור

קבלה: 00000181

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0005476533 שמחי עופר דגן

פירוט תקבולים: שירותים רפואיים

קוד	תאור	תאריך ביקור	לתשלום
101	פיזיותרפיה	07/12/25	40.00
		סה"כ לתשלום:	40.00
			40.00
			40.00
			40.00
			סה"כ שולם במזומן
			סה"כ שולם:

קופאי: 130502 - 8 לוקין יבגניה

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה שלחי שם פרטי על תעודת זהות 05476533 י"ח י"א
 מס' 5 עיר תל אביב מיקוד 0505342861 טלפון 0505342861
 רחוב 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 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: י"ח סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 11.1.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

אניאל פרייברג, עו"ד
 62254.מ.ר.

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 054761334 מס', 18/03/2018 ת.ז. מס', מרחוב מסמית ה גור 5 גדת ישראל
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או מסמית להיות באי כוחי במשפט של
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, 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. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

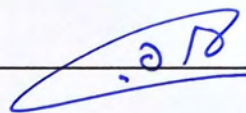
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11.1.26 לחודש 01 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך דין עו"ד
מ.ר. 62254