



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מאי 2026 17
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 14/12/25
הנפגעת: איריס כהן, ת"ז 012382750

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 תשלום 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 ובירורים 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 ליועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה ליועדה 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.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כהן	איריס	012382750
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☐ נקבה ☒		שנה חודש יום
עיסוק	שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐	05 03 1967

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
6951310	תל אביב			10	קהילת סאלוניקי
דואר אלקטרוני:			טלפון נייד		טלפון קווי
@					03 6473639

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. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום
	14 12 2025
פרטים על הפגיעה	תאונת דרכים במעורבות אוטובוס, בצומת הרחובות בן גוריון/ ששת הימים

3

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות דקלה סוכנות לביטוח			טלפון 4 0 9 5 7 7 3 0		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
דרך בן גוריון	1			בני ברק	
המקצוע ערב הפגיעה: הנהלת חשבונות					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	טלפון נייד מס' פקס	
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי		
☐ 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 _____ איכילוב _____		
שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ איכילוב. רצ"ב _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח _____ מכבי _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
רצ"ב תיעוד רפואי		

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
קושי והגבלה בישיבה ממושכת	
קושי והגבלה בהליכה	רצ"ב
כאב ברגלים ובמפשעה	
קושי באחיזה ונשיאה	

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 דיגיטאלי (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 ממוסד 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".

טלפון
037412358

כתובת
דרך אבא הלל 7 רמת גן

שם גורם מסייע
עורך דין אריאל פרייברג

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

כהן דורון ואיריס

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
פועלים 12	ברודצקי 43, תל אביב	778	169782

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 להחתימם 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 מושכי 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 1.5.26 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 ביוזעין 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 בוודאו צ'אט

תאריך 1.5.26 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

1 פרטים אישיים

1

קוד גמלה

11

מספר זהות/דרכון

012382750

תאריך הפגיעה

14	12	2025
יום	חודש	שנה

שם פרטי

איריס

שם משפחה

כהן

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

2

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 אודותיי.

חתימת המבוטח x

1.5.26

תאריך

תאריך ושעת ההדפסה: 22:11 14/12/2025

חסוי רפואי



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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

THE STATE OF ISRAEL

MINISTRY OF HEALTH

TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Gray Faculty of Medical & Health Science
Tel-Aviv University

6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906

Tel: 03-6974444

מדינת ישראל

משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסונף לפקולטה למדעי הרפואה והבריאות ע"ש גר"י

אוניברסיטת תל-אביב

רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906

טל: 03-6974444

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

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

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

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

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

יציבה המודינמית ונשימתית

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

A משלימה משפטים ללא קושי

B כניסת אוויר שווה דוצ

C לחץ דם שמור דפקים שמורים

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

ראש פנים ללא סימני חבלה

עמ"ש ללא סימני חבלה ללא רגישות מידלין לכל אורכו

חזה ללא סימני חבלה ללא רגישות

אגן יציב רגיש

גפיים ללא סימני חבלה

EFAST לא נצפה נוזל חופשי בבטן ואגן

הוצגה ל א מלרד יציאה ל TBCT

הוכנס קטטר שתן צלול

הוצגה לאורתופדיים וכירורגים

=

סיטי כלל גופי

חזה:

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

כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין.

הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקורדיאלי.

ללא חזה אויר.

ללא תפליט פלאורלי.

פרנכימת הריאות ללא תסנין או תהליך מוקדי.

שתלים בחזה.

בטן:

הכבד תקין בגודל ובמרקם. ללא ממצא מוקדי.
 הורידים הפורטליים פתוחים וברוחב תקין.
 ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות.
 כיס המרה עם אבנים בתוכו, ללא סימני דלקת.
 הלב לב תקין ברוחבו ומבנהו, ללא הרחבת צינור הלב לב.
 הטחול תקין בגודלו, ללא ממצא מוקדי.
 האדרנלים ללא ממצא חריג.
 הכליות בגודל ומיקום תקינים, מרכזות חומר ניגוד באופן סימטרי. ללא הידרונפרוזיס.
 השופכנים תקינים.
 הרטרופריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה.
 האאורטה הבטנית אינה מורחבת.
 הקיבה ללא ממצא בולט, פיתולי המעי הדק והגס הודגמו ללא הרחבה, ללא עיבוי בולט, ובמהלך תקין.
 הסנט שומן קלה במזנטריום בבטן שמאלית עליונה עם הדגשת קשריות קטנות, נרמז גם בבדיקה ב-2012, לא ספציפי.
 ללא נזל או אויר חופשי.
 שלפוחית השתן ללא ממצא חריג.
 אברי האגן האחרים ללא ממצא חריג.
 מבנה גרמי - שבר במרכז הרמוס פוביס התחתון משמאל עם תזוזה קלה, קו שבר עדין ללא תזוזה בחלקה הלטרי של הרמוס פוביס העליון משמאל.
 לסיכום:
 שברים ברמוס פוביס העליון והתחתון משמאל, ללא רושם למעורבות של השלפוחית, פרט לכך ללא ממצא חבלתי חריף בחזה או בבטן.

סיטי ראש צוואר

מצאים:

ראש

ללא עדות לאוטם טרי או לדימום תוך גולגולתי חריף.
 ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. מעבר קרניוצוריקלי שמור.
 חדרי המוח וחללי ה-CSF תקינים ברוחבם.
 ארובות העיניים שמורות דו"צ.
 הסינוסים הפאראנזליים מאווררים. תאי המסטואיד מאווררים.
 ללא עדות לשבר טרי.
 עמוד שדרה צווארי

מנח קיפוט של עמוד השדרה הצווארי.

המפרק האטלנטו-אוקסיפיטלי והאטלנטו-אקסיאלי בעמדה תקינה.

Dens ללא סטייה.

גופי החוליות בגובה תקין.

ללא עדות לשבר טרי או דיסלוקציה.

הרקמות הרכות הפארא-רטברליות במראה תקין ללא תפיחות.

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

הבין-חולייתיים במספר גבהים, בולטים במיוחד בגובה C5-7.

ממצאים נוספים:

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

סיכום:

ללא עדות לשבר טרי בראש ובצוואר או דמם תוך גולגולת

=

בדיקת אורתופד

בת 58 בריאה

הובהלה באמבולנס לאחר תאונת דרכים בתור רוכבת אופנוע עם אוטובוס

נחבלה בצידה השמאלי של הגוף

מבחינה אורטופדית מלינה על כאב במפשעה שמאל

מציינת שלא נשאה משקל לאחר החבלה.

בבדיקה

נושאת שמקל בצליעה אנטלגית

בהכרה מלאה, משתפת פעולה

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

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

השלימה TBCT
מבחינה אורתופדית שבר רמוס פוביס שמאל
=

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

מעבדה תקינה למעט לקטט 3

משוחררת מבחינה כיחורגית באם יכולה להסתדר בביתה עם הליכון

אבחנות במיון

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

יעוצים

פרטי המבקש : דר' נון חן מ.ר. 170011
תאריך : 21:36 14/12/2025

יחידה מייעצת : **מרפאה אורתופדית**
הגדרת הבעיה :

רוכבת אופנוע נפגעה מאוטובוס, חבלת אגן מבודדת, בהדמיה - מבנה גרמי-
שבר במרכז הרמוס פוביס התחתון משמאל עם תזוזה קלה, קו שבר עדין ללא
תזוזה בחלקה הטרלי של הרמוס פוביס העליון משמאל.

השאלה ליועץ : נא הערכתכם והמלצות להמשך

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

נתונים קליניים

מדדים

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

מטופל מונשם

תאריך ושעה	סטורציה
17:27 14/12/2025	100
הוראות במערכת	קטטר שתן.
תאריך ושעה	

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

בוצע

18:14 14/12/2025

מדדים חיוניים

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

מדדים לרופא מרדים

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

ביצוע תרופות

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

סיכום ממצאים

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

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

CT ראש צואר	14/12/2025	תאריך הפענוח: 14.12.2025 שעת הפענוח: 18:27:39 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית פרטים קליניים: רוכבת אופנוע מול אוטובוס קימנטיקה קשה טכניקה: הראש ועמוד השדרה הצווארי נסרקו ללא הזרקת חומר ניגוד. השוואה ללא בדיקה קודמת להשוואה ממצאים: ראש – ללא עדות לאוטם טרי או לדימום תוך גולגולתי חריף. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. מעבר קרניוצרויקלי שמור. חדרי המוח וחללי ה-CSF תקינים ברוחבם. ארובות העיניים שמורות ח"צ. הסינוסים הפאראנזליים מאווררים. תאי המסטואיד מאווררים. ללא עדות לשבר טרי. עמוד שדרה צווארי – מנח קיפוט של עמוד השדרה הצווארי. המפרק האטלנטו-אוקסיפיטלי והאטלנטו-אקסיאלי בעמדה תקינה. Dens ללא סטייה. גופי החוליות בגובה תקין. ללא עדות לשבר טרי או דיסלוקציה. הרקמות הרכות הפארא-ורטברליות במראה תקין ללא תפיחות. שינויים ניוונים גרמיים ודיסקוגניים בעמוד השדרה הצווארי עם בלטי דיסק, היפרטרופיה פצטרית ואונקוורטברלית, היצרות של תעלת השדרה והנקבים הבין-חולייתיים במספר גבהים, בולטים במיוחד בגובה 7-5C. ממצאים נוספים: קולקציית אוויר קטנה בסמוך לנאזו-פאריקס משמאל, יתק דיברטיקולה קטנה. סיכום: ללא עדות לשבר טרי בראש ובצוואר או דמם תוך גולגולתי. ח"צ זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם ח"צ הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. ח"צ זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה. ד"ר שפירא אריאל מספר רשיון: 171678
-------------	------------	---

סיכום

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

המלצות כלליות

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

תרופות מומלצות

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

הדרכה סיעודית בשחרור

מטופל הונחה לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

תוצאות מעבדה

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

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררות

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

רופאה משחררת

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

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

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

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

תאריך: 14/01/2026

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ז"ק זאב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6444101

פקס: 03-6446222

כתובת: רח' אהרון בקר 8, תל-ברוך ת"א

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: איריס

ת.ז.: 12382750

טל.עבודה/נייד: 0506998221

03-6473639

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1967

ת.לידה:



0012382750

כתובת:

הפרדס 8, רמת השרון

מיקוד 4740508

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב יאן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל) כ	שם המעביד וכתובתו דקלה סוכנות לביטוח בן גוריון 1	מקצוע הנהלת חשבונות
ת. פגיעה 14/12/2025	שעה 16:30	התעסקות בשעת הפגיעה באופנוע בדרך חזרה הביתה מהעבודה		
האיבר שנפגע גב רגליים אגן	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

כאבי ברך שמאל ליעוץ אורטופדי
מלינה גם על כאב גב תחתון עם הקרנה לעכוז

הממצא הקליני:

שברים בפוביס

אבחנה:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 45 ימים, היינו מיום: 14/12/2025 עד יום: 27/01/2026 (בכלל)

14/01/2026

תאריך הבדיקה

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר זאב ז"ק
מומחה לרפואה פנימית ולמח
ז.ר. 27801 מ.ר.מ. 17447 מ.ר.מ.
חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 01/02/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם חסונה



ד"ר ז"ק זאב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6444101

פקס: 03-6446222

כתובת: רח' אהרון בקר 8, תל-ברוך ת"א

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 12382750

שם פרטי: איריס

שם משפחה: כהן

טל. עבודה/נייד: 0506998221

03-6473639

טלפון:

מין: נ

05/03/1967

ת.לידה:



0012382750

מיקוד 4740508

הפרדס 8, רמת השרון

כתובת:

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שכיר	שם האב
	כן	יין

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

* FRACTURE PELVIS CLOSED UNS

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

27/01/2026

15 ימים, היינו מיום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

עד יום: 10/02/2026 (בכלל).

01/02/2026

תאריך הבדיקה

ד"ר זאב ז"ק
מומחה לרפואה פנימית ולכללית
ר.מ.מ. 17447
חתימה וחומת הרופא
21400

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
הפריס	8	12362750	0506998221
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
		6740508	

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 בצח"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 15/1/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
ע"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 6254 חתימה: _____

י פ ו י כ ה

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

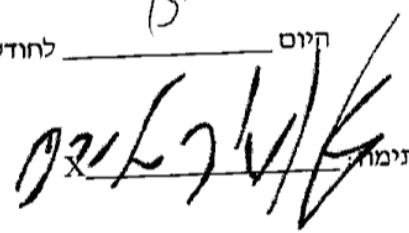
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל חליץ אחר הנוגע או הנובע מחליץ הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות 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, לפטור 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, וחנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 01 שנה 2026
חתימת: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריד
מס' רישום: 62254

עורך-דין