

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	1
מחלקת-קמ"ר בארבעה נ"ל	941901076	08 9284020	
רחוב / תא דואר	מס' בית	מיקוד	טלפון פקס
3 חמק רמת	1	7030000	08 9208711

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע	
שם פרטי	שם משפחה
קיי	קיי
מין	מספר זהות / דרכון
☒ זכר ☐ נקבה	322037912

פרטי התאונה	
נפגע בתאריך	כאשר עבד ב
08 05 2016	סוג העבודה
שנה חודש יום	07 24
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר	
כתובת מקום התאונה	
כ"ש ופ"א אנון מצד סמך אנ"י האשיות	
תיאור התאונה	
אירועי תאונה: סמך נסע רכב לאור משטרה אזהרה בהסדה מלאה	
היה, נהג בהסדה לא נצטו אזהרה ונסע ברכב מלא, ונסעו כשהם	
אומנים ברכב סנסאן ימני והתאונה נפגעה סמך שאלו, צ"ח גחון (פא)	
האיבר שנפגע	
צ"ח שאלו, צ"ח גחון, פא	

הצהרת המעסיק	
אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.	
אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן	
ה"ל ארבעה חלקים	
תאריך	שם החותם
4/5/16	חתימה וחותמת

מוסד לביטוח לאומי
מחלקת גמלאות
מס' 44111

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 322037912

שם פרטי: קיריל

שם משפחה: קיי

טל.עבודה/נייד: 0544436489

0544436489

טלפון:

מין: ז

09/07/1994

ת.לידה:



0322037912

כתובת:

הר כנען 9/7, אשדוד

מיקוד 7772209

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
אלכסיי	שכיר	כ	בית חולים בריאות הנפש בער יעקב	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
08/05/2026	07:20	בדרך מעבודה הביתה		
האיבר שנפגע		שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום
ברך שמאל, צוואר, גב				

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

8/5/2026 היה מעורב בת. דרכים בדרך מעבודה הביתה.

ניבדק במוקד טרם

בן 31 בריא בד"כ

לדבריו היום בבוקר בשעות 7:15 היה מעורב בתאונת דרכים בעת חזרתו מהעבודה, מציין שהיה יושב

מאחורה, הנהג נכנס באוטו מקדימה, ללא פתיחת קריות אוויר או שבירה משמיות, ללא איבוד הכרה, ללא

פריחת שתן

שולל חבלות בראש או חבלות נוספות

נשלים צילום:

ללעדות לשבר דחיסה או פריקה בעמו"ש

ללא עדות לשבר או פריקה באזור ברך שמאל ופיקה שמאל

משתחרר הביתה במצב יציב

מומלץ על מנוחה

מעקב רופא אורתופדי

משככי כאבים לפי צורך

14/05/2026

עדיין סובל מכאבי גב תחתון, כאבי צוואר וברך שמאל.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- 8/5/2026
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- CONTUSION
- LT KNEE

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

מ.ר גורם מפנה



024314



טלפון: 03-6915972

כתובת: התזמורת 60, ראשון לציון

דר' גאוכמן לודמילה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 322037912

שם פרטי: קיריל

שם משפחה: קיי

טל.עבודה/נייד: 0544436489

0544436489

טלפון:

מין: ז

09/07/1994

ת.לידה:



מיקוד 7772209

הר כנען 9/7, אשדוד

כתובת:

0322037912

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

במשך: 20 ימים, היינו מיום: 08/05/2026 עד יום: 27/05/2026 (בכלל)

14/05/2026

חתימה וחותמת הרופא

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.



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ✍ **עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ✍ **עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- ✍ **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ✍ **מתנדב** – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ✍ **בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ✍ במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ✍ **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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✍ **קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ✍ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ✍ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ✍ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ✍ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).** לנוחיותך, **שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- ✍ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ✍ **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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה
☐ מחלת מקצוע, פרט _____
☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
קיי	קיריל	322037912
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0544436489	@

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

☐ 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 מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה	
בית חולים בריאות הנפש באר יעקב			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
יצחק רבין	1		
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס	
089208711		089208711	

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק		סוג העיסוק	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס	

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

08 | 05 | 2026
יום חודש שנה

שעת הפסקת עבודה

07:00

תאריך הפסקת עבודה

8.5.26

שעת הפגיעה

07:20

היום בשבוע

שישי

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לביתך _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר בהסעה מטעם מקום העבודה, בית החולים,

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

נהג ההסעה היה מעורב בתאונת דרכים _____

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

08 | 05 | 2026
יום חודש שנה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

יעל דיקורי

מנהלת מדור משאבי אנוש סקטור סיעוד

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)																												
צוואר, גב תחתון וברך שמאל	חבלות	ד"ר עידן אהרונ																												
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		שם בית החולים / מחלקה																												
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>9</td><td>4</td><td>8</td> <td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שעה</td> <td colspan="4">יום</td> <td colspan="4">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>		0	9	4	8	0	8	0	5	2	0	2	6	שעה				יום				חודש				שנה				תקופת אשפוז
0	9	4	8	0	8	0	5	2	0	2	6																			
שעה				יום				חודש				שנה																		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים																														
פרטי הרופאים המטפלים																														
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל																												
	רצ"ב תיעוד רפואי	טלפון המרפאה																												

5

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
עורך דין אריאל פרייברג	דרך אבא הלל 7 רמת גן	037412358

6

פרטים על תאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך		מתאריך	
יום שנה חודש	יום שנה חודש	יום שנה חודש	יום שנה חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שעה	שעה	יום שנה חודש	יום שנה חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שעה	שעה	יום שנה חודש	יום שנה חודש

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרפותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@ _____	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	_____	_____

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
_____	_____

תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:
_____	_____	_____	_____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) ☐

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת x _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת x _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	322037912	שנה חודש יום 2 0 2 6 0 5 0 8
שם משפחה	שם פרטי	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה 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 _____ חתימת המבוטח ✕ _____

תאריך: 08.05.26

קיריל קיי

ת.ז: 322037912

מופנה: חדר מיון בית חולים כללי

סיבת הפנייה: תאונת דרכים / תאונת עבודה

פרטים אנמנסטיים: בסיום משמרת לילה, בהסעה מביה"ח (מקום עבודתו) חזרה הביתה היה מעורב בתאונת דרכים במהלכה נהג ההסעה פגע ברכב מלפנים. הנ"ל נפגע בברכו השמאלית, גב תחתון.

ממצאים קליניים: כאבים בקיפול הברך החבולה, כאבים בגב תחתון ללא מגבלת תנועה.

כעת מופנה להמשך בירור וטיפול ע"פ צורך

ד"ר עידן אהרונים
מ.ר. LIC 1199609
DR. IDAN AHARONY

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
 לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
 www.terem.com

תאריך ביקור Visit Date	914584	גליון שחרור Discharge Chart	תיק מס': 385582	תלונה: תאונת דרכים
---------------------------	--------	--------------------------------	--------------------	-----------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

שם: קיריל קיי Name: ID: 322037912	תודה רבה לעידן אהרונז על הפניה זו ל-טרם קופה: מכבי
--------------------------------------	---

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0544436489 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
MVA	
Pulse: 67, O2sat: 100, BP: 138/74 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 09/07/1994 Age: 31 years 10 months	
Injury/Pain Exam:	
LEFT KNEE : Direct blow to knee, Pain started in > 1 hr, Pain is mild, Walking freely, Not tender over patella, Not tender over head of fibula, Not tender over joint space, ROM normal, SPINE : Direct blow to back, Pain started MORE than 1 hr ago, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise Positive, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 31 בריא בד"כ לדבריו היום בבוקר בשעות 7:15 היה מעורב בתאונת דרכים בעת חזרתו מהעבודה, מצוין שהיה יושב מאחורה, הנהג נכנס באוטו מקדימה, ללא פתיחת קריות אוויר או שבירה שמשמיות, ללא איבוד הכרה, ללא פריחת שתן שולל חבלות בראש או חבלות נוספות === בדיקה גופנית: מצב כללי טוב, ערני סטורציה 100 בא"ח, דופק 67, לח"ד 138/74 קולות לב סדירים ללא אוושת כניסה אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחור או צפצוף בטן רכה לא רגישה ללא סימני גירוי גפיים ללא בצקות או סימני פקקת A- בהכרה מלאה, מדבר בחופשיות רגישות קלה עמו"ש צווארי אך מניע בחופשיות לכל הצדדים ללא הגבלה, מניע ראש בחופשיות ללא הגבלה, רגישות באזור פיקה קדמי מצד שמאל, עם רגישות עמו"ש גבי באזור סביב T7-10 B- ללא מצוקה נשימתית חריפה, ללא סימני המטמה, אמפיזמה או חבלת חזה, חזה סמטרי C- לחצי דם שמורים, בטן רכה, אגן יציב ללא דימום, דפקים פריפריים נמושים היטב D- לפי GCS15 רגישות ע"פ עמוש גבי ללא רגישות מותנית, ארבע גפיים כח גס שמור 4/5 E- ללא דימום ללא חום יש רגישות עמו"ש גבי כמתואר === מהלך ודיון: קיבל זריקת וולטרין לאור כאבים שתן: ללא קיטונים או ניטראטס, ללא דימום בשתן, ללא סימני זיהום נשלים צילום: ללעדות לשבר דחיסה או פריקה בעמו"ש ללא עדות לשבר או פריקה באזור ברך שמאל ופיקה שמאל משתחרר הביתה במצב יציב מומלץ על מנוחה מעקב רופא אורתופיד משככי כאבים לפי צורך רפואה שלמה יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) Tests done (results scanned on actual chart) Urinalysis צילומים שבוצעו: ברך שמאל <<< פטלה שמאל <<< עמוד שדרה מותני <<< עמוד שדרה צווארי - מכון רנטגן <<<	

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg

Prescriptions

מרשמים שניתנו בסוף הטיפול:

* Diclofenac Sodium (VOLTAREN, ABITREN, BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO, 1 (One) tablet, 1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #:5 (Five) tablet

* Omeprazole (Omepradex, LOSEC) 20 mg caplets PO, 1 (One) caplets, 1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #:5 (Five) caplets

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

סוג שיחרור: הביתה

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.

יש ליטול את משכני הכאבים לפי המרשם המצורף.
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.

יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידיים או ברגליים

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים, מעקב עם אורטופד בעוד 3 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. חסן יוסף מ.ר. 202495

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקלת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

385582 #תיק

חדר	קופ"ח מכבי רופא מפנה/הקבוע עירן אתרוני	קיריל קליוצ'נקוב תז 322037912 מין ז גיל 31 שנים 10 חדשים כתובת: הציונות 131 טל"ב בית 0544436489 נייד	שם	RR	%SaO2 100%	T/חום
	תאונת דרכים			לח"ד B/P 138/74		דופק/P 67 סדיר

מטריאג

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

09:50:24

דיאלזה פיכסוס

Allergies: NONE

לא ניתן טיפול וגד כאב/חם מסיבה
אחרת

No xrays ordered

Urinalysis
name: time

No treatments ordered

ברק סנש

385582

08/05/2026

914 584
08/05/26 09:48

08/05/26 09:48

08/05/26 09:48

URISYS1100
Dev. ID:
08.05.2026
Seq.No:
Pat.ID:

URINALYSIS
26573
09:02

SG 1.015
PH 6.5
LEU neg
NIT neg
PRO neg
GLU norm
KET neg
UBG norm
BIL neg
ERY neg

914 584
08/05/2026 10:32:50
חולה קיריל ק
תז 312
רדח חסן יוסף
קיריל קיריל
קופ"ח מכבי
08/05/26 10:34
Voltaren (Diclofenac
Sodium) IM 75 mg
10.45

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתה ומוקד בקופ"ח

לבית חולים

פנוי באמבולנס

הפונה לרוממה

ד"ר חסן יוסף
1-202495

חתימת וחותמת רופא

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, וזרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימת חולה:



טרם אשדוד

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers

טופס חופש מחלה Sick Days

#תיק

#ביקור

שעה: 09:48

תאריך: 08/05/2026

קופ"ח מכבי

שם **קיריל קליצ'נקוב**

תז 322037912 מ"ז

רפואה דחופה
מ.ר. 5507
ש.ר. 5507

ימי חופש מחלה: 5

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. חסן יוסף מ.ר. 202495

די"ר חסן יוסף
מ.ר. 1-202495



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

TEREM Ashdod
RADAM - URGENT CARE INITIATIVES
REGISTERED PARTNERSHIP 540249760
HANA SENESH STREET 1 ASHDOD 7737920
DIRECTORSHIP: PO. 36005 Jerusalem 91360



טיפול רפואי מיידי מרפאת אשדוד
רדמ - רפואה דחופה מיזמים
ש.ר. 540249760
רחוב חנה סנש 1 אשדוד 7737920
הנהלה: ת.ד. 36005 ירושלים 91360
טל: 1-599-520-520

Prescription

Age: 31.75yrs
הציונות 131
אשדוד

AS 914584 #ביקור

מרשם

עבור: קיריל קליוצ'נקוב

קופה: **מכבי**

תז 322037912 תאריך ביקור 08/05/2026

Diclofenac Sodium (VOLTAREN ABITREN BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO
1 (One) tablet 1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #5 (Five) tablet

Omeprazole (Omepradex LOSEC) 20 mg caplets PO 1 (One) caplets 1 (One)
TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #5 (Five) caplets

חותמת

הרופא/ה המטפל/ת חסן יוסף

רשיון 202495

ד"ר חסן יוסף
מ.ר. 1-202495

בית מרקחת היפר גרין פארם בע"מ
 שבט לוי 14/11 אשדוד
 טלפון 08-8554445
 ח.פ. 515721520

תאריך: 08/05/26 שעה: 11:38
 שם מוכר: אירנה

קוד	שם פריט	כמות	סה"כ
8267	BETAREN 100MG SR 10	1	11.60

#1 סה"כ *			11.60
לתשלום			11.60
Isra			11.60

חשבונית מס/קבלה 689978/2 מקור

בי"מ היפר גרין	שם מסוף
מספר מסוף	1900153
ABS0016241	גרסת תוכנה
מספר עסק בחברת האשראי	8018871
11:37 08/05/26	תאריך ושעת העסקה
MAX VISA	שם כרטיס
	מספר כרטיס 5025
מספר שובר	86002039
26050811375819001536921	UID
612800972232	RRN
חובה	כרגע עסקה
מספר אישור מנפיק	013427
חברה	גורם מאשר
Contactless EMV	אופן ביצוע העסקה
רגיל	כרגע אשראי
11.60	כסום העסקה
ש"ח	מטבע
A0000000031010	זיהוי יישום נשגב
00E5	כידורי ש
סידורי כ	02

פרטי גורם מטפל

מס ביקור


000351322446

שם גורם מטפל: דר' גאוכמן לודמילה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6915972



פרטי מטופל

ת"ז


0322037912

שם מטופל: קיי קיריל

ת"ז: 322037912

גיל: 31 שנים ו- 10 חודשים

טלפון: 0544436489, 0544436489

מין: ז

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 14/05/2026 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. etoricoxib 90 mg ETORICOXIB, * ARCOXIA	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	10 ימים	1 טבליה				14/05/2026-11/06/2026	מדות לניפוק: 10 TAB ** השתתפות עצמית: 50 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



024314



קוד הפניה: 490616208

טלפון: 03-6915972

כתובת: התזמורת 60, ראשון לציון

דר' גאוכמן לודמילה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 322037912

שם פרטי: קיריל

שם משפחה: קיי

טל.עבודה/נייד: 0544436489

0544436489

טלפון:

מין: ז

09/07/1994

ת.לידה:



0322037912

מיקוד 7772209

הר כנען 9/7, אשדוד

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: 8/5/2026 היה מעורב בת. דרכים בדרך מעבודה הביתה.

ניבדק במוקד טרם

בן 31 בריא בד"כ

לדבריו היום בבוקר בשעות 7:15 היה מעורב בתואנת דרכים בעת חזרתו מהעבודה, מציין שהיה יושב

מאחורה, הנהג נכנס באוטו מקדימה, ללא פתיחת קריות אוויר או שבירה שמשמיות, ללא איבוד הכרה, ללא

פריחת שתן

שולל חבלות בראש או חבלות נוספות

נשלים צילום:

ללעדות לשבר דחיסה או פריקה בעמו"ש

ללא עדות לשבר או פריקה באזור ברך שמאל ופיקה שמאל

משתחרר הביתה במצב יציב

מומלץ על מנוחה

מעקב רופא אורתופיד

משככי כאבים לפי צורך

14/05/2026

עדיין סובל מכאבי גב תחתון, כאבי צוואר וברך שמאל.

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- 8/5/2026
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- CONTUSION
- LT KNEE

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/05/2026 עד תאריך - 10/11/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

14/05/2026

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>ק"י</u> שם משפחה	<u>קיריל</u> שם פרטי	<u>322037912</u> תעודת זהות	<u>אלכסי</u> שם האב
<u>הר כנען</u> רחוב	<u>9/7</u> מס'	<u>7772209</u> מיקוד	<u>0544436489</u> טלפון

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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: 18.5.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ ק"י קיריל
ת.ז.ח.פ. מס' 322037912, מרחוב _____ הר כנען 7/9 אשדוד,

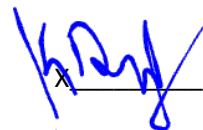
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי
ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 18 _____ לחודש 05 _____ שנה 2026



חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין