

תאריך הגשת הבקשה:

02.08.2026

שלום רב,

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

שם פרטי: איציק שם משפחה: הרשקוביץ
מס' זהות: 34027730 תל לכיש 2 דימונה כתובת:
מס' טלפון: מס' טלפון נייד: 052-8117405

פרטי האירוע

תאריך האירוע: 28.03.2026 מיקום: כביש מס' 80, ק"מ מס' 177.9
מס' הודעת חוב: מס' הדו"ח המבוקש (ככל שידוע):

פרטי הפונה (מבקש המידע)

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

קרבה לחולה/נפגע: עורך דין
שם פרטי: אריאל שם משפחה: פרייברג
מס' זהות: 066630930 דרך אבא הלל 7 רמת גן כתובת:
מס' טלפון: 037412358 מס' טלפון נייד: 0546544930
המטרה לשמה מתבקש המידע: לצורך הגשה לביטוח לאומי

דרכי המצאה: ☐ באמצעות פקס שמספרו: ☐ באמצעות דואר, לכתובת: eitan@freiberg-law.co.il

◀ לצורך טיפול בבקשה, יש לצרף צילום קריא של תעודת הזהות ולצידה ספח פתוח.
◀ ככל שמבקש המידע אינו מקבל השירות בעצמו, חובה לצרף לבקשה כתב ויתור על סודיות רפואית-וס"ר (למעט בבקשת מידע ע"י הורים ביחס לילדיהם הקטינים).
◀ בנוסף לאמור לעיל, ככל שמבקש המידע הינו יורשו של מקבל השירות, חובה לצרף לבקשה צו ירושה/צו קיום צוואה, לשם הוכחת הזכאות לקבלת המבוקש.

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

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

לצורך קבלת אישור משלוח פקס: 03-6301451.

חתימת המבקש,

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254

יפוי כח

אני הח"מ, רשמי

ת.ז.ח.פ. מס' 3402 7730, מרחוב ה' אביב 2 ביאנה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי בחליף 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:

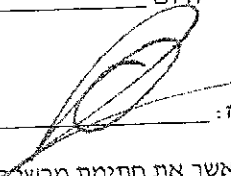
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת 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 16 לחודש 04 שנה 2026

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X 
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	השם	שם פרטי	שם האב
השם	השם	השם	השם
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון	טלפון	טלפון	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 מותן 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:

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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 14/4/76 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

מס' רשיון: 62254 חתימה: _____

X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)