



ח"נ שלום רב,
ככל ולא תתקבל התייחסות עניינית בתוך 7 ימים
לא יהיה מנוס מפניה לערכאות
27.9.26

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
AIG חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח.נ. שלום רב,

הנדון : תאונה מיום 4.2.25
מס' רכב: 513-89-501
הנפגעים: אביטל שרעבי, ת.ז. 301258299
עמית שרעבי, ת.ז. 300683067 והקטינים

הנני מייצג את מרשיי שבנדון ואת ילדיהם הקטינים שנפגעו מחמת תאונה בה נפגעו, והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 04.02.25, בשעה 20:21, או בסמוך לכך, ברחוב דב לאוטמן בכפר סבא, עת נהג עמית ברכב הנושא מ.ר. 513-89-501 (להלן: "הרכב"), עם אשתו אביטל וילדיהם הקטינים: נעם, ת.ז. 236584439. אליה, ת.ז. 226982155. אריאל, ת.ז. 342159811 היו מעורבים בתאונה ונחבלו בגופם (להלן: "התאונה")

רצ"ב טופס הודעה למשטרה וביטוח חובה, מסומנים "כנספח 1".

עמית:

2. לאחר התאונה החל מרשי לסבול מכאבי צוואר, הוא פנה לביתו, מתוך מחשבה שמדובר בכאב רגעי וחולף ובהתחשב בעובדה שהיה ברכב עם ילדיו הקטינים, בבית הוא לקח משככי כאבים והלך לישון.

3. במהלך הלילה סבל התובע מכאבים בצוואר ובגב, בבוקר הוא פנה למרכז הרפואי "מאיר" בכפר סבא, בבדיקה קלינית נמצא כאבים והגבלה בטווחי הצוואר והוא שוחרר לביתו בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה

4. מרשי המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, הוא טופל בנטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה.

רצ"ב תעודת חדר מיון, מסומנת "כנספח 2".



5. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים הוא נזקק לנטילת משככי כאבים וקבלת טיפול רפואי ויזדקק לכך גם בעתיד.

6. בעטייה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק בית, הוא נזקק לעזרת הזולת באופן מוגבר ויזדקק גם בעתיד.

7. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקק מרשי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.

אביטל:

8. לאחר התאונה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בצוואר, גם היא חזרה לביתם בתקווה שמדובר בכאב חולף, למחרת היום משלא חלפו הכאבים ואף התגברו, היא פנתה לקבלת טיפול רפואי בקהילה, שם טופלה שהיא סובלת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר המקרינים לשכמות, היא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והונחתה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

9. מרשתי ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה שכוונו לכתפיים ולצוואר, הטיפולים היטיבו במקצת את כאבה, אך המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והכתפיים, היא המשיכה במעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספה 3".

10. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והכתפיים, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים היא נזקקה לנטילת משככי כאבים, היא נזקקה לביצוע טיפולים רפואיים ותזדקק גם בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצה מרשתי להיעדר מעבודתה, הן לצורך טיפוליה והן להשגחה על ילדיה הקטינים כדלקמן, היא נזקקה להפוגות ממושכות במהלך עבודתה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי שכר בעתיד.

12. בעטייה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר ותזדקק גם בעתיד.

13. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקקה מרשתי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.



אריאל

14. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בגב תחתון, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים ולמספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 4".

אליה

15. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בישבן, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 5".

נעם

16. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בגב, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 6".

17. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים לקביעת נכות אהיה מוכן להמליץ בפני מרשיי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי כולל לכולם בסך 65,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.


בכבוד רב ובה"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: טופס משטרה ותעודת חובה (עמודים 6 עד 15)	6
נספח 2: תיעוד רפואי עמית (עמודים 17 עד 18)	17
נספח 3: תיעוד רפואי אביטל (עמודים 20 עד 24)	20
נספח 4: תיעוד רפואי אריאל (עמודים 26 עד 26)	26
נספח 5: תיעוד רפואי אליה (עמודים 28 עד 28)	28
נספח 6: תיעוד רפואי נעם (עמודים 30 עד 30)	30
נספח 7: יפוי כח ווסר מלא (עמודים 32 עד 45)	32



נספח 1 :

טופס משטרה ותעודת חובה

(עמודים 6 עד 15)



הודעה על תאונת דרכים

משטרת ישראל - אגף התנועה
מספר בקשה: 596959



כללי

שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה

האם גילך מעל 18 שנה?

כן ☒

לא ☐

האם היית מעורב בתאונה?

כן ☒

לא ☐

האם אתה/את נהג/נהגת חדש/חדשה?

כן ☐

לא ☒

האם היו נפגעים בתאונה?

כן ☒

לא ☐



ידוע לי כי במילוי ושליחת טופס זה אני מגיש תלונה רשמית על עבירה למשטרת ישראל ויראו את הודעתי זו כאילו נמסרה לשוטר. אני מודע לחובתי לומר אמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן. במידה ויחסרו פרטים או מסמכים, הדבר עלול לעכב את הטיפול בדיווח.

☒ קראתי והבנתי וברצוני להמשיך

פרטי מדווח התאונה

פרטי מדווח התאונה

שייכות המעורב לאירוע

נוסע

שם משפחה

שרעבי

יישוב

עלי זהב

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒

לא מאשר ☐

שם פרטי

אביטל

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

301258299

דואר אלקטרוני

avitalshar8@gmail.com

מספר בית

4

רחוב

תאנה

טלפון נייד

054-3180333

טלפון בית

054-3180333

טופלתי ב:

קיבלתי טיפול במוסד רפואי ☒

קופ"ח כללית

שעת הטיפול

14:00

שעת השחרור

15:00

תאריך קבלת הטיפול הרפואי

05/02/2025

תאריך שחרור

05/02/2025

האם נכחה משטרה באירוע?

כן ☐לא ☒

האם רכבך נגרר על ידי המשטרה?

כן ☐לא ☒

אני נהג רכב ציבורי וברכב בו נהגתי היה נוסע אשר נפגע בתאונה

האם היו מעורבים נוספים בתאונה?

כן ☒לא ☐

פרטי מעורבים נוספים בתאונה

מעורב בתאונה 1

שייכות המעורב לאירוע

נהג

שם משפחה

שרעבי

יישוב

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒לא מאשר ☐

טופל ב:

המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי ☒

ב"ח מאיר - כפר סבא

שעת הטיפול

11:00

שעת השחרור

12:00

תאריך קבלת הטיפול הרפואי

05/02/2025

תאריך שחרור

05/02/2025

מעורב בתאונה 2

שם פרטי

עמית

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

300683067

דואר אלקטרוני

רחוב

מספר בית

טלפון נייד

054-3181333

טלפון בית



מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)		שם פרטי	שייכות המעורב לאירוע
342159811		אריאל	נוסע
דואר אלקטרוני			שם משפחה
			שרעבי
רחוב		מספר בית	יישוב
טלפון בית		טלפון נייד	מספר דירה
אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד			☒ מאשר
			☐ לא מאשר
טופל ב:			☒ המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי
קופ"ח כללית			תאריך קבלת הטיפול הרפואי
שעת הטיפול		14:00	05/02/2025
שעת השחרור		15:00	תאריך שחרור
			05/02/2025

מעורב בתאונה 3

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)		שם פרטי	שייכות המעורב לאירוע
226982155		אליה	נוסע
דואר אלקטרוני			שם משפחה
			שרעבי
רחוב		מספר בית	יישוב
טלפון בית		טלפון נייד	מספר דירה
אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד			☐ מאשר
			☒ לא מאשר
טופל ב:			☒ המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי
קופ"ח כללית			תאריך קבלת הטיפול הרפואי
שעת הטיפול		14:00	05/02/2025
שעת השחרור		15:00	תאריך שחרור
			05/02/2025

מעורב בתאונה 4

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)		שם פרטי	שייכות המעורב לאירוע
236584439		נעם	נוסע

דואר אלקטרוני		שם משפחה
מספר בית	רחוב	יישוב
טלפון נייד	טלפון בית	מספר דירה
		אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד
		מאשר ☐
		לא מאשר ☒
טופל ב:		
		☒ המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי
קופ"ח כללית		תאריך קבלת הטיפול הרפואי
שעת הטיפול		תאריך שחרור
שעת השחרור		

מעורב בתאונה 5

שם פרטי	מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)	שייכות המעורב לאירוע
קלאודיה סוסנה	323419069	נהג
דואר אלקטרוני		שם משפחה
מספר בית	רחוב	לוי
טלפון נייד	טלפון בית	יישוב
		מספר דירה
		אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד
		מאשר ☐
		לא מאשר ☒
		☐ המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי

במידה וברכבך היו נפגעים נוספים יש לציין פרטיהם ולצרף תעודות רפואיות.

כלי רכב

הרכב בו נהגת/נסעת

האם מדובר באופניים/ קורקינט?

כן ☐

לא ☒

סוג לוחית

מספר רכב

ישראלית

51389501

האם קיים ביטוח חובה לרכב זה?

כן ☒לא ☐לא ידוע ☐

מספר פוליסה

1597329624

שם חברת הביטוח

א.י.א.י.ג'י

תאריך סיום הביטוח

28/02/2025

תאריך תחילת הביטוח

01/03/2024

תאריך תשלום הביטוח

01/03/2024

תאור הנזק ברכב בו נהגת/נסעת

מעיקה של דלת הבגאז'

האם היו מעורבים בתאונה כלי רכב נוספים?

כן ☒לא ☐

כלי רכב נוספים המעורבים בתאונה

רכב 1

האם מדובר באופניים/ קורקינט?

כן ☐לא ☒

סוג לוחית

ישראלית

מספר רכב

88106402

במידה וידועים נתוני הביטוח של הרכב הנוסף יש להזינם

מספר פוליסה

שם חברת הביטוח

תאריך סיום הביטוח

DD/MM/YYYY

תאריך תחילת הביטוח

DD/MM/YYYY

תאריך תשלום הביטוח

DD/MM/YYYY

תאור הנזק ברכב

קישור מעורבים לכלי הרכב

מעורב 1

מספר רכב

51389501

שם מעורב

אביטל שרעבי

מספר זהות

301258299

מעורב 2

מספר רכב

שם מעורב

מספר זהות

עמית שרעבי

300683067

מעורב 3



מספר זהות	שם מעורב	מספר רכב
342159811	אריאל שרעבי	
מעורב 4		
מספר זהות	שם מעורב	מספר רכב
226982155	אליה שרעבי	
מעורב 5		
מספר זהות	שם מעורב	מספר רכב
236584439	נעם שרעבי	
מעורב 6		
מספר זהות	שם מעורב	מספר רכב
323419069	קלאודיה סוסנה לוי	

תאור תאונה

תאור תאונה

סוג התאונה	בתאריך	בשעה
התנגש חזית באחור	04/02/2025	21:30
במקום מסוג		
רחוב		
ישוב	רחוב	מספר בית
כפר סבא	דב לאוטמן	1

תאור התאונה

יש לתאר את אופן קרות התאונה, כיוון נסיעת הרכבים המעורבים, האם קיימים תמרורים, רמזורים, מעברי חצייה במקום התאונה, עדים לתאונה, מצב הכביש, תאור מקום התאונה (שם המחלף, יישוב קרוב) וכל מידע רלוונטי נוסף.

תאור התאונה:

בזמן המתנה לאור ירוק בצומת שבין רחוב דב לאוטמן לכביש 5504, כשהרכב עומד באור אדום ומאותת שמאלה (לכיוון דרום), התנגשה מאחור מכונית שלא האטה לקראת הצומת. הרכב בו נהגתי היה הרכב הראשון ברמזור ולא היו עדים נוספים במקום.

נזק לרכוש (תאור הנזק שנגרם לרכבך ולכלי רכב האחרים או לתשתית)

מעיקה של דלת הבאגז'

מסמכים נלווים

מסמכים נלווים הקשורים לרכב בו היית מעורב בתאונה

צירוף מסמכים

תעודת זהות	רישיון נהיגה	רישיון רכב
ת.ז אביטל.pdf		
תעודת ביטוח חובה לרכב	תעודת רפואית	הערכת נזק
POLISA.pdf	אביטל.pdf	
תמונות נוספות	תמונות נוספות	תמונות נוספות
תמונות רכב סימון מעיקה.jpg	תמונות רכב 1.jpg	

האם הדיווח שמסרת הינו רק לצורכי קבלת אישור על התאונה?

כן ☒

לא ☐

☒ אני מצהיר/ה כי הפרטים שמולאו נכונים

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.





כל השירותים
זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך
באפליקציית
AIG Israel app



הוספת כיסוי
לנהג צעיר
הורדת
מסמכים
חידוש
פוליסה
סיוע
חבייה

אתר **aig.co.il**

מס' הפוליסה 15973296/24	מספר תעודת ביטוח 08547257	קוד מוטב 62-23473	מס' ח.פ. 512304882
סה"כ לתשלום 1602.00	תחילת הביטוח 1/03/24	פקיעת הביטוח (בחצות) 28/02/25	תאריך ושעת הוצאה 15:09 5/02/25
בעל הפוליסה: שרעבי אביטל כתובת: תאנה 4 עלי זהב			
הרכב מס' רישוי: 51389501 סוג הרכב: פרטי יצרן/דגם: מיצובשי INSTYLE מס' שילדה: פרטי סוג הרכב לצורך ביטוח: פרטי			

מטרות השימוש המותרות ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעבר לדף.	בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעבר לדף.	א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ
---	---	--------------------------------

שולם
באמצעות בנק המזרחי
חשבון: 408-103755
10:48 28/02/2024
חתימה וחומת הבנק

העתק למבוטח

הרחבות לגבי היקף הכיסוי, הסיכונים והחבויים המבוטחים - אין

כל השירותים
זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך
באפליקציית
AIG Israel app



הוספת כיסוי
לנהג צעיר
הורדת
מסמכים
חידוש
פוליסה
סיוע
חבייה

באתר **aig.co.il**

מס' הפוליסה 15973296/24	מספר תעודת ביטוח 08547257	קוד מוטב 62-23473	מס' ח.פ. 512304882
תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק אך לא לפני 1/03/24	פקיעת הביטוח (בחצות) 28/02/25	תאריך ושעת הוצאה 15:09 5/02/25	
בעל הפוליסה: שרעבי אביטל כתובת: תאנה 4 עלי זהב			
הרכב מס' רישוי: 51389501 סוג: פרטי יצרן/דגם: מיצובשי INSTYLE סה"כ לתשלום: 1602.00			
מטרות השימוש המותרות ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעבר לדף. בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעבר לדף.			

שולם
באמצעות בנק המזרחי
חשבון: 408-103755
10:48 28/02/2024
חתימה וחומת הבנק

א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ

מבוטח/ת נכבד/ה

מצ"ב תעודת חובה של רכבך, בכל מקרה של טעות אנא התקשר/י אלינו למחלקת השירותים
03-9272300 או למחלקת חידושים 03-9272500, לקבלת תעודה מעודכנת.
חשוב ביותר! בלי חותמת הבנק / דואר אין תוקף לתעודה זו!

בברכה,
א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ

ש/י ל - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל/ת הפוליסה או להקנות למבוטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בעיף 9 לפוליסה

חלק א'- מטרת השימוש המותרת ברכב:

- (א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחר או יותר ממטרות אלה:
 - (1) מטרת חברתיות, פרטיות או מטרת עסקית של המבוטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
 - (2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרת אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
 - (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 - (4) מטרה עסקית של חילוץ או גיריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לענין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג-תפעול או חוזה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימני).
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי

למטרות ספורט מוטורי של מרחץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמשו בסעיף 6 לחוק האמור.

חלק ב'- בני האדם הרשאים לנהוג ברכב:

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדון וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
- (ב) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

חלק ג' - השבחה

בעל פוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבחה בהודעה למבטח; תקופת ההשבחה תסתיים במועד המצוין בהודעה האמורה, ובלבד שמועד סיום ההשבחה לא יהיה למפרע.

ניתן לשלם במזומן בכל הבנקים לזכות חשבוננו:

בנק מזרחי ספחות סניף 408 חשבון 103747

בנק הדואר חשבון 8622347

ובאמצעות כרטיסי אשראי: יזוה, דינרס, ישראלכרטיס ואמריקן אקספרס,

בכל סניפי הבנק בו מתנהל חשבון האשראי.

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, רח' הסיבים 25 קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח תקווה, 4910001, טלפון 9272333 - 03, service@aig.co.il



נספח 2 :

תיעוד רפואי עמית

(עמודים 17 עד 18)





הופק ע"י ד"ר פרלדן מ.ר. 182895.05/02/2025 11:53

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 05/02/2025

מלרד מהלכים D
מנהל מלר"ד: ד"ר רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2538820001
טלפון: 09-7471521
פקס: 09-7410994

שם משפחה: שרעבי	ת. לידה: 22/03/1987	מלרד מהלכים D
שם פרטי: עמית	ת. זהות: 30068306-7	מנהל מלר"ד: ד"ר רודריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת: תאנה 4, על זרב 7194900	מין: זכר	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון: 0543181333	גיל: 37	מס' קבלה למחלקה: 2538820001
סוג דם:	מרפאה:	טלפון: 09-7471521
מחוז:	שם האב: אבינועם	פקס: 09-7410994
גורם מממן: חיל רפואה		

מספר קבלה: 2538820001

תאריך קבלה: 10:59 05/02/2025

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: חייל

רופא אחראי

רופא: ד"ר פרלדן מ.ר. 182895

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E819			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 37, בריא בד"כ

לדבריו, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמו מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר. כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות. כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני. החזרי פיקה תקינים, הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב. SLR שלילי דו"צ, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומים - ללא ממצא חריף

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: ד"ר פרלדן מ.ר. 182895, D מלרד מהלכים



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	שרעבי	תאריך לידה:	22/03/1987	מלרד מהליכים D
שם פרטי:	עמית	ת. זהות:	30068306-7	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	אבינועם		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

תאריך עדכון: 11:28 05/02/2025

דיווח / דיון:

לא ידועה רגישות לתרופות

הוראות ומדדים

תאריך ושעה	קטגוריה מדד	תוצאות והערות
11:19 05/02/2025	מדדים	לחץ דם 115/56
	מדדים	דופק 73
	מדדים	סטורציה באויר חדר 99
	מדדים	רמת כאב 4
	מדדים	הקלת כאב
		אינו מעוניין ב-OTC

11:18 05/02/2025

A

מדדים מצב הכרה

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	כל כדור מכיל: Paracetamol 500mg, Caffeine 50mg, Codeine Phosphate 15mg ****נא לשים לב, תרופת LASA קיימת תרופה בעלת מראה דומה- Tab. Tegretol CR 400 mg (ראה קובץ מצורף).			4 ימים	X3 ביום	2 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

סיכום

הוצג לתורן מיון בכיר דר' גבע
משתחרר עם המלצות הבאות:

המלצות

המלצה:

מנוחה יומיים
שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/גב
המשך מעקב רופא מטפל
בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

נספח 3 :

תיעוד רפואי אביטל

(עמודים 20 עד 24)



כללית

אביטל שרעבי

מס זהות: 00301258299

ת.ל.ידה: 08/09/1987 גיל: 37.05 מין: נ

05/02/2025

שם האב: עופר דגן שם האם: נורית

טלפון: 54-3180333 סוג דם: +B

טלפון נוסף: 54-3180333

ביטוח מושלם: זהב

מנוי און-ליין: כן לא קיימת הרשאה לחיוב חשבון

רשיון רופא: 33860

רופא מטפל: ד"ר מזור גבריאל

מרפאת אם: מרפאת לשם 5972

בעיות

אבחנה הצבועה בכחול - אבחנות שנוספו בעקבות עדכוני מידע וטרם אושרו ע"י הרופא/ה המטפל/ת

קוד	מועד גילוי	איפיון	בעיה
493	00/01/2005		ASTHMA

בעיות בעבר

קוד	מועד סיום	מועד גילוי	איפיון	בעיה
0529	00/08/2004	00/08/2004		VARICELLA
2449	00/03/2006	00/03/2006		HYPOTHYROIDISM
2872	00/05/2010	00/05/2010		THROMBOCYTOPENIA
493	00/01/2000	00/01/1998		ASTHMA

2-2=sectio cesarea, 2830gr, twin 2
REC.AOM,WH.BR. 88-89

תרופות קבועות

תרופות שנוספו בעקבות איחוד תיקים וטרם אושרו ע"י רופא/ה מטפל/ת

תרופות שלא נופקו בבימ"ק מעל ל 150 יום

שנפקה	כמות	ת. ניפוק	ת. תוקף	מס' מרשמים	ת. הפקה	מינון	תרופה
			23/03/2024	1	22/02/2024	ביום 4 X טיפות	GENTEAL 0.3% COL 0.3%
1		21/12/2023	20/08/2024	3	21/12/2023	ביום 2 X טבליות	DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG
			20/03/2024	3	21/12/2023	ביום 1 X טבליות	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
1		01/12/2020	20/08/2024	3	21/12/2023	ביום 1 X טבליות	MERCILON BOX OF 21 CF

רגישות לתרופות ו/או תופעות לוואי

לא עודכנה רגישות ו/או תופעת לוואי

רגישות נוספת

לא עודכנה רגישות נוספת

גורמי סיכון

סטטוס עישון מעולם לא

אישפוז/רפואה דחופה

ביקור אחרון

תאריך ביקור

סוג ביקור

05/02/2025

1 תאונת דרכים

תלונות

אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישבה ליד הנהג מציינת כאבים בצוואר

ממצאים

רגישות ניכרת בע"ש צווארי מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

21/08/2015
19/09/2014
23/11/2013

חודפס ע"י ד"ר גבריאל מזור

דף 1

סיכום/דיון

מעקב

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

ביקורים נוספים

תאריך הביקור

סוג ביקור

15/01/2025

0 ביקור רגיל

תלונות

לבקשת המטופלת, עפ"י הצהרתו/ה מופק אישור מחלה
בשל- צינון/התקררות/שפעת

נרשם ע"י

הפקה מקוונת

תאריך ביקור

סוג ביקור

22/09/2024

0 ביקור רגיל

תלונות

ביקור מינהלי

מבקשת הפניה לכירורג שד

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

בדיקות מיוחדות

TRIPLE TEST	10/04/2018
TRIPLE TEST	07/03/2018
TRIPLE TEST	21/02/2016
TRIPLE TEST	21/01/2016
EMG לידיים	10/06/2010
צלום בית חזה עד 2 מבטים	09/11/2009
צלום קרסול - צד אחד	24/08/2006
צלום שוק צד שני	24/08/2006
צלום שוק צד אחד, עד שני מבטים	24/08/2006
צלום קרסול - צד שני	24/08/2006
צ.חזה	21/01/98
צ.חזה	21/01/98
צ.חזה	21/01/98



תאריך: 05/02/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **שרעבי אביטל**
ת.ל.י.ד: 08/09/1987
מס.ב.ת: 4
מס.זהב: 54-3180333
טלפון: 54-3180333
מס.זהות: 00301258299
גיל: 37.05
מיין: ג

תאריך תאונה 04/02/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35972006976

גורם שולח



5972

מספר הפניה



035972006976

תז נבדק



0301258299

רשיון רופא



033860

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישיבה ליד הנהג מצינת כאבים בצוואר

סימנים חיוניים: גובה 156 13/06/2021 משקל 61 22/08/2024 bmi 25.07

לחץ דם 99 / 66 22/08/2024

דופק 76 22/08/2024 סדיר

22/08/2024 מתאריך 111.07 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2005		ASTHMA

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2004	01/08/2004		VARICELLA
01/03/2006	01/03/2006		HYPOTHYROIDISM
01/05/2010	01/05/2010		THROMBOCYTOPENIA
01/01/1998	01/01/1998		ASTHMA

2-2=sectio cesareea, 2830gr, twin 2
REC.AOM,WH.BR. 88-89

מידע ישי

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	4	טיפות	1	GENTEAL 0.3% COL 0.3%
ביום	2	טבליות	1	DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	MERCILON BOX OF 21 CF

ממצאים קליניים רגישות ניכרת בע"ש צווארי מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

נחתם דיגיטלית

33860

ד"ר גבריאל מזור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

הר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

05/02/2025

הודפס ע"י ד"ר גבריאל מזור

00301258299

שרעבי אביטל

תאריך 21/01/2026

סיכום טיפול

פרטי המטופל		שם מטפל	
שם משפחה ושם פרטי	00-30125829-9	שם האב	עלי זיהב
מס זהות	38.04	שם האב	עלי זיהב
גיל	נ	שם האב	עלי זיהב
ת. לידה	08/09/1987	שם האב	עלי זיהב
מס בית	4	שם האב	עלי זיהב
רחוב	תאנה	שם האב	עלי זיהב
טלפון	54 - 3180333	שם האב	עלי זיהב
טלפון נוסף	54 - 3180333	שם האב	עלי זיהב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250483844 מספר זיהוי הפניה: 35972006976

תאריך הפניה: 05/02/2025

ת. תאונה: 04/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 33860

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר גבריאל מזור

מרפאה: 5972

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 03/07/2025 תאריך סיום טיפול: 21/01/2026

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	הדרכה לתרגול בבית
13	תרגול כללי
12	טיפול ב-TENS
13	טיפול ב-Hot Pack
11	דיקור יבש

סיבת סיום טיפול:

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום טיפול

21/01/2026

הודפס ע"י עמיחי ליבנה 00-30125829-9

שרעבי אביטל

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
כתף	דו צדדי	7	3

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: כעת בהריון מתקדם
שיפור בכאבים, אך עדיין כאב בעוצמה קלה- בינונית
תמשיך תרגול באופן עצמאי.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
21/01/2026
12/11/2025
29/10/2025
15/10/2025
25/09/2025
17/09/2025
10/09/2025
02/09/2025
24/08/2025
06/08/2025
30/07/2025
23/07/2025
03/07/2025

עמית ליבנה
מכון פיזיותרפיה אריאל
מ.ר. 20070
052-5200000

עמיחי ליבנה

חתימה וחותמת

שם מטפל

דף 2 מ 2

21/01/2026

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י עמיחי ליבנה 00-30125829-9

סיכום טיפול

שרעבי אביטל

נספח 4 :

תיעוד רפואי אריאל

(עמודים 26 עד 26)



גיל המטופל: 8.06
תאריך ביקור: 05/02/2025
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים
רכב התנגש מאחור

סימנים חיוניים

גובה: 120	נמדד ב: 16/06/2024	אחוזון גובה: 14.81
משקל: 24.5	נמדד ב: 16/06/2024	אחוזון משקל: 47.17
BMI: 17.01	אחוזון BMI: 75.63	

מתאריך: 23 eGFR: 176.92

ממצאים: רגישות בגב תחתון

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב משככי כאבים

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 05/02/2025
רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור
מס רשיון: 33860
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה
שם מרפאה: מרפאת לשם
קוד מרפאה: 5972
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס z



נספח 5 :

תיעוד רפואי אליה

(עמודים 28 עד 28)



גיל המטופל: 6.04
תאריך ביקור: 05/02/2025
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים רכב התנגש מאחור

סימנים חיוניים

גובה: 113 נמדד ב: 03/03/2024
משקל: 21 נמדד ב: 03/03/2024
BMI: 16.45 אחוזון BMI: 76.71

ממצאים: רגישות בישבן

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 05/02/2025
רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור
מס רשיון: 33860
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

שם מרפאה: מרפאת לשם
קוד מרפאה: 5972
קוד מחוז: 04



נספח 6 :

תיעוד רפואי נעם

(עמודים 30 עד 30)



גיל המטופל: 3.00

תאריך ביקור: 05/02/2025

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים נפגעה מרכב שנסע מאחור כאבי גב ויד ימין

סימנים חיוניים

גובה: 78 נמדד ב: 01/12/2023 אחוזון גובה: <3

משקל: 12 נמדד ב: 01/12/2023 אחוזון משקל: 71.09

BMI: 19.72

ממצאים: רגישות בגב

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 05/02/2025

שם מרפאה: מרפאת לשם

רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור

קוד מרפאה: 5972

מס רשיון: 33860

קוד מחוז: 04

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי



נספח 7 :

יפוי כח ווסר מלא

(עמודים 32 עד 45)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 287 ס'ר
 ת.ז. מס' 300683067, מרחוב 44 ימאלה 4 205
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
 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 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.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>2812</u> שם משפחה	<u>300683067</u> תעודת זהות	<u>28</u> שם פרטי	<u>2812</u> שם האב
<u>מאה</u> רחוב	<u>7194900</u> מיקוד	<u>285</u> עיר	<u>0543181333</u> טלפון
<u>4</u> מס'			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה ו/או מי מטעמו 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

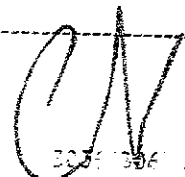
אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בואת מתן כל 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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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


תאריך: 6/11/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

עו"ד אריאל
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל שרון,
ת.ז. מס' 301258299, מרחוב תא"ר 16/8,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
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 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 06 לחודש 01 שנה 2026



חתימה: _____

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשום: 62254

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)

<u>2016</u> שם האב	<u>301258299</u> תעודת זהות	<u>1/2</u> שם פרטי	<u>2618</u> שם משפחה
<u>0543180333</u> טלפון	<u>7194800</u> מיקוד	<u>25</u> עיר	<u>4</u> מס'
		<u>1/8</u> רחוב	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

תאריך: 6/1/20 עד לחתימה ומסירת מס' רשיון 62254 חתימה: _____ X

(Handwritten signature)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הור' הק"מ א'ה ש"ת 2671
ת.ז. מס' 22698155, מרחוב במ"ה 4 א'ה 2671
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה באי 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 שט' 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 באי 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 באי 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.

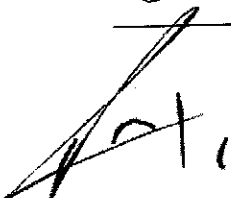
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 06 לחודש 01 שנה 2020

חתימה: 



עו"ד אריאל ברניר
מס' רשיון: 62254

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)

<u>2076</u> שם משפחה	<u>ה'ה</u> שם פרטי	<u>22698215</u> תעודת זהות	<u>26</u> שם האב
<u>מ'א</u> רחוב	<u>מ</u> מס'	<u>7194900</u> מיקוד	<u>טלפון</u>
	<u>275</u> עיר		

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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/1/26 עד לחתימה ומס' רשיון: 62254
X _____ חתימה: _____

(Handwritten signature)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה'וי הקטן נחמ שיע 26, מס' 23658439, מרחוב ימא-9 16 ר 7,
ת.ז. מסי, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
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:

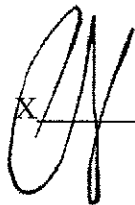
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות 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 06 לחודש 01 שנה 2026
חתימה: 

עו"ד אריאל כרייניר
מס' רשיון: 62254

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)

<u>שם משפחה</u> שם פרטי	<u>שם האב</u> שם האם	<u>תעודת זהות</u> מס' תעודת זהות	<u>מס' רחוב</u> מס' עיר
236584439	7194900	7194900	7194900
מס' 4	מס' 4	מס' 4	מס' 4

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/9/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254
חתימה: _____ X

42

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה'ר"י הקט"ו אריאל ש"ס 28,
ת.ז. מס' 34215 וס 811, מרחוב המלך 4 ו' 85 ה'ר"ה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ לחיות באי כוחי במשפט של
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:

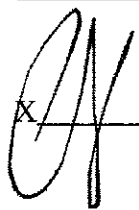
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות 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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 06 לחודש 01 שנה 2026
חתימה: 

עו"ד אריאל פריינדג
מס' רשיון: 62254

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)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>הגדרה</u>
שם	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	הגדרה
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
4	7	342159811	7194900	2

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 הבריאות 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 הבריאות 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: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/1/20 עד לחתימה ומסירת **עו"ד אריאל פריירג** חתימה: X _____
מס' רשיון: 62254