

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

3.9.20

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב התקומה 30
תל אביב יפו

הנדון: יעקב אביזוהר, ת.ז. 051932937

1. ביום 10.8.20 קבעה ועדה של לשכת הבריאות המחוזית בתל אביב כי מרשי שבנדון מוגבל בניידות וזקוק לרכב כאמצעי תנועה בגלל רגליו הנכות (רצ"ב העתק ההחלטה).
 2. על מנת להקל, ולו במעט, על חייו, אבקשכם להנפיק למרשי תעודת נכה עם פטור מעמידה בתור.
 3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

מדינת ישראל
משרד הבריאות
לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

State of Israel
Ministry of Health
Tel Aviv District Health Office

מדינת ישראל
משרד הבריאות
לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

תאריך: 09/08/2020

אל: משרד הרישוי, משרד התחבורה

אישור לפטור מאגרת רישוי ולתו חניה למוגבל בניידות

בתוקף סמכותי לפי תקנה 1 לתקנות התעבורה התשכ"א-1961, אני מאשר בזאת כי
אביזר יעקב ת.ז. 51932937
הינו/ה מוגבל/ת בניידות, חוקק/ה לרכב כאמצעי תנועה בגלל רגליו/ה הנכות.

פרופ' זהר מור
מומחה בבריאות העצבים
מ.ר. 31302 מ.ר. 25338
לשכת בריאות תל אביב

הרופא הממשלתי

המוגבלות נקבעה בהתאם לרשימת הליקויים בחוספת א' להסכם הניידות בין משרד הבריאות
לבין המוסד לביטוח לאומי, התשל"ז - 1977.

Ha'arba'ah St 12
P.O.B. 20301, Tel-Aviv 61203
Tel 03-5684664 Fax 03-5634843

רח' הארבעה 12
ת.ד. 20301, תל-אביב 61203
טל 03-5684664 פקס 03-5634843

מדינת ישראל / לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

תאריך: 10/8/20

51932937

מספר זהות

שם לב: _____
 הבקשה לבדיקה רפואית אינה תביעה
 לגמלת ניידות.
 אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור
 להלוואה עומדת - לא תשולם לך הלוואה
 עומדת בעבורו.

לכבוד

אביוהור יעקב ת.ז. 51932937

הרב מימון 16/26, בת-ים 5962629

הנדון: הודעה על ממצאי הבדיקה הרפואית

לאור הבדיקה הרפואית מיום 30/07/2020 לעניין מוגבלות בניידות הגיעה הוועדה למסקנה:
 סוג הליקוי נכלל ברשימת הליקויים בסעיף 10 7 10 ונקבע אחוז ליקוי של 40 %
 לצמיתות ☒ כן ☐ לא תחילה מתאריך _____
 אתה מרוחק ☒ לצמיתות לכיסא גלגלים ☐ כן ☒ לא
 אתה זקוק לכיסא גלגלים ומשתמש בו ☐ כן ☒ לא
 אתה מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים ארוכים על שתי גפיק התחתונות ☐ כן ☒ לא
 סוג הליקוי אינו נכלל ברשימת הליקויים המוכים לעניין גמלת ניידות.

מצורף העתק מדוח הוועדה הרפואית (הפרוטוקול). העתק יישלח למוסד לביטוח לאומי סניף: _____

לידיעתך:

זכותך לערער על החלטת הוועדה הרפואית המצורפת בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. עליך לשלוח את הערר בכתב אל:
מוכירות הוועדה לעררים, היחידה לגמלת ניידות, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, ביתן 67 תל השומר, מיקוד 52621.
 עליך לציין במכתב הערר את שמך המלא, מס' ת"ז שלך, כתובתך המדויקת וכן את שם לשכת הבריאות שבה נבדקת ואת
 תאריך הבדיקה.
 אם החלטת לערער על הקביעה הרפואית המצורפת, מוצע לך להגיש תביעה לגמלת ניידות, רק לאחר שוועדת העררים
 תבדוק אותך ותקבל את החלטתה.
 לתשומת ליבך, המוסד לביטוח לאומי רשאי גם הוא לערער על החלטת הוועדה הרפואית, בתוך 60 יום מקבלת הודעה על
 החלטת הוועדה הרפואית, או בתוך 60 יום מקבלת תביעה לגמלת ניידות.

~~ד"ר אודי קליינר~~

בכבוד רב,

לשכת הבריאות מחוז ת"א
 הארבעה 12
 תל-אביב 6473912

מרום זית-מור
 ממוחה בריאות הציבור
 מ.ר. 31302 מ.ר.מ. 25330
 לשכת בריאות תל-אביב

חתימת הרופא המוסמך וחותמתו

הנחיות המוסד לביטוח לאומי לנבדק:

- אם לפי הבדיקה הרפואית סוג מוגבלותך נכלל ברשימת הליקויים, ייתכן, שאתה זכאי להטבות בניידות מהמוסד לביטוח לאומי כדי שנוכל לבדוק את זכאותך להטבות אלה, עליך להגיש תביעה לגמלת ניידות בטופס תביעה לגמלת ניידות בל/8200, שאפשר להוריד גם מאתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il, כפוף לתנאי שלהלן:
 - את התביעה יש להגיש בסניף המוסד לביטוח לאומי באזור מגוריך או לחילופין לשלוח בדואר. חובה לצרף אליה את המסמכים המפורטים בגוף התביעה.**
 - אם תגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה בתוך חודשים מהיום שבו נשלחה אליך החלטת הוועדה הרפואית המחוזית או הוועדה הרפואית לעררים (הקובעת לך מוגבלות בניידות עפ"י הרשימה המופיעה בעמודים 4 ו-5) - אתה עשוי להיות זכאי לקצבת ניידות מיום הגשת הבקשה לבדיקה רפואית בלשכת הבריאות המחוזית, אם בתקופה זו מתקיימים כך גם כל תנאי הזכאות האחרים.
 - אם מלאו לך 67 שנים לפחות ולא קיבלת הטבות בניידות לפני הגיעך לגיל זה, עליך להגיש תביעה לגמלת ניידות למוסד לביטוח לאומי בתוך חודשים מהיום, שבו קיבלת את החלטת הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים. אם לא תעשה כן - לא תהיה זכאי לקבלת הטבות בניידות.
- לשאלות ולביירוטים יש לפנות למוסד לביטוח לאומי בטלפון 6050* או לטלפון 04-8812345.
 טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

בל/ 8221 (08.2012)

מס' ת.ז:	7	5193293	שם משפחה	אכילזהר	שם פרטי	יצק
----------	---	---------	----------	---------	---------	-----

סב

פרוטוקול הועדה הרפואית

תאריך הגשת הבקשה	13.5.20	תאריך ישיבת הועדה	30.7.20	תאריך משלוח	10/8/20
------------------	---------	-------------------	---------	-------------	---------

1. פרטים אישיים:

ת. לידה:	11.7.53	מין:	ז	טל:	בית	נייד	נייד	0528906370
כתובת:	רחוב	הרמיה	מס בית	16/26	ישוב	בת ים	מיקוד	

- הנבדק/ת זוהה/תה על פי תעודה מזהה: כן ☒ לא ☐
- נוכחות הנבדק: נוכח ☒ סיכום ללא נוכחות ☐ לא נוכח ☐
- ועדה עם צפיה בוידאו: כן ☐ לא ☐ תאריך הצילום:
- הגורם המפנה: התובע ☒ המלייל ☐ בית המשפט ☐
- סוג פניה: ראשונה ☐ חוזרת ☒ תחמרה ☐

2. ועדות ניידות קודמות:

תאריך	סוג ועדה (עדר/מחזית)	סעיף מוגבלות בניידות	אחוז מוגבלות בניידות
17.9.17	מחזית	לא נכלל	

3. מסמכים רפואיים שעמדו בפני הועדה:

א. כללי

מס.	תאריך המסמך	שם המוסד או הרופא נותן המסמך	מס.	תאריך המסמך	שם המוסד או הרופא נותן המסמך
1	26.4.20	מכמי	7		
2	27.4.20	מכון פרי	8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

- הומצא אישור רופא / פיזיותרפיסט המאשר את הצורך בשימוש בכסא גלגלים ☐ כן ☒ לא ☐
- הומצאה קבלה המאשרת רכישת כסא גלגלים ע"ש הנבדק או הומצא אישור על השכרת כסא גלגלים ע"ש הנבדק, מלפני 6 חודשים למחות ☐ כן ☒ לא ☐
- תאריך רכישה / השכרה

מס' ת.ז.	7	5193293	שם משפחה	אבינאור	שם פרטי	יעקב
----------	---	---------	----------	---------	---------	------

ס"ב

4. תלונות ותולדות המחלה או הפגיעה (כולל תאריכים) :

בן 63, סובל מחוסר יציבות ואכאמיה נורופטיה ברגליים עקב נורופטיה סכרתית.
ידוע על מחלת כלי דם פריסרית.

האם משתמש בכסא גלגלים: כן ☐ לא ☒

5. ממצאי הבדיקה הרפואית:

א. כללי (כולל תיאור ההליכה, השימוש במכשירי עזר או תיאור תותבת ותמיכה)

הליכה מהוססת, צעדים לא יציבים קטנים ובמרכזיים מצטברות וצל בסוס 3.
נתאק במקל הליכה, אוחז אותו בידי שמאל. הליצ עם צו"ד אריאל פריווקר.

האם מדווח שמשמש בכסא גלגלים: כן ☐ לא ☒

ב. צפייה בוידאו

האם הנבדק זיהה עצמו בוידאו: כן ☐ לא ☐

ג. בדיקה אורתופדית

ג.1. תנועות המפרקים (פרט במעלות את טווח התנועה בשני הצדדים גם אם הפגיעה בצד אחד בלבד).

ימין	מפרקי הקרסוליים	שמאל
	כיפוף פלנטרי	
	כיפוף דורולי	
	אינברסיה (וארוס)	
	אברסיה (ואלנוס)	
	קשיון בתנועה	

ימין	מפרקי הברכיים	שמאל
	כיפוף בישיבה	
	ישר בעמידה	
	אי יציבות:	
	קדמית	
	אחורית	
	צדדית חיצונית	
	צדדית פנימית	
	סימן מגירה	
	קשיון בזווית	
	קשיון בישר	

ימין	מפרקי הירכיים	שמאל
	כיפוף	
	ישר	
	סיבוב פנימי	
	סיבוב חיצוני	
	אבדוקציה	
	אדוקציה	
	קשיון	
	כוווצה כיפופית	

ג.2. החלפת מיפרקים

ימין	מפרקי הירכיים	שמאל	ימין	מפרקי הברכיים	שמאל	ימין	מפרקי הקרסוליים	שמאל
	תאריך החלפה			תאריך החלפה			תאריך החלפה	
	אחרונה			אחרונה			אחרונה	
	מס' החלפות			מס' החלפות			מס' החלפות	
כן ☐ לא ☐	התורפפות	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	התורפפות	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	התורפפות	כן ☐ לא ☐

מס' ת.ו.	7	5193293	שם משפחה	אפולו	שם פרטי	יצק
----------	---	---------	----------	-------	---------	-----

סב

3. קטיעות (בכל צד יש לרשום את תאריך הקטיעה)

ימין	גובה הקטיעה	שמאל	שימוש בפרותזה: אם לא פרט מה הסיבה
	אצבעות (פרט איזה בכל		
	קטיעה חלקית של כף רגל	כן ☐ לא ☐	
	דיסארטיקולציה, קרסול	כן ☐ לא ☐	
	מתחת לברך	כן ☐ לא ☐	
	דרך הברך	כן ☐ לא ☐	
	מעל הברך	כן ☐ לא ☐	
	דיסארטיקולציה, מפרק הירך	כן ☐ לא ☐	

4. אורך גפה (מ- ASIS עד הפטישון הפנימי)

גפה שמאלית:

גפה ימנית:

5. צילומי רנטגן ובדיקות אחרות

5.1 (א) ציין איזו בדיקה/צילום: EMG, CT, MRI וכיוצא בזה.

הערה: לכני מפרק מדומה יש לפרט באיזה עצם ובאיזה צד.

EMG - 27.4.20: סולניוירוסים אקסונליים סנס-מוטוריים, קרוב ללודאי על רקע סכרת.

כן ☐ לא ☐

5.2 (ב) האם יש מפרק מדומה?

כן ☐ לא ☐

5.3 (ג) האם קיימת נקיעה?

6. סיכום ממצאי הבדיקה האורתופדית:

7. בדיקה נוירולוגית

7.1. בדיקת שרירים: (כח גס בסולם 5-0)

ימין	השריר	שמאל
5/5	Ileopsoas	5/5
5/5	Quadriceps	5/5
5/5	Gluteus max.	5/5
5/5	Tibialis ant.	5/5
5/5	Gastrocnemius	5/5
5/5	Exten. H. long.	5/5
5/5	Peronei	5/5

ספסויות: כן ☐ לא ☒

מס' ת.ו.:	7	5193293	שם משפחה	אבי/לוי	שם פרטי	יצק
-----------	---	---------	----------	---------	---------	-----

סב
2. תפקודים סרבלריים:

הליכת Tandem עקב בצד אגודל

הליכה בעיניים עצומות

מבחן עקב-כרד

מבחן אצבע-אף

3. סיכום ממצאי הבדיקה הנוירולוגית:

ההליכה לא צניחה רגלים ולא ארכים משמעותי של אקסיה.
דיפול שרירים ביניים ורובם דיפול קל של שרירי השוקיים, טונוס שרירי. הפרעה במבחן
לואהרד וקושי ניכר להליכת טנדם (בתמיכת הבודק).

ה. בדיקת כלי דם:

שםאל	דמקים	ימין	2.ה
	A. Femoralis		
	A. Poplitea		
	A. Tibialis Post		
	A. Dorsalis Pedis		

שםאל	כללי	ימין	1.ה
	צבע		
	חום		
	שינויים טרופיים		

ממכון

מתאריך

3. בדיקת דופלר

שםאל	בדיקת דופלר	ימין
	אינדקס במנוחה	
	אינדקס במאמץ (מבחן או Reactive Hyperemia/Tip Toeing)	
	אחוז שינוי לאחר מאמץ	
	Pulse Volume Recording (מ"מ)	
	Pulsatility Index (מ"מ)	
	גל דופלר בכף הרגל (מונופוזיטיו/טריפוזיטיו)	

4. ממצאי בדיקת כלי דם:

מס' ת.ו.:	7	5193293	שם משפחה	אבילזהר	שם פרטי	יצקב
-----------	---	---------	----------	---------	---------	------

סב

ג. החלטות הועדה

1. כללי

סוף מסוף נורוסטיה סכרתית עם אפלה כניידות הנפצת מהפצת פשוני האפלה.

2. מוגבלות בניידות:

א. נכלל ברשימה: כן ☒ לא ☐

ב. אם נכלל ברשימה:

סעיף מוגבלות בניידות	חלקי	מותאם	אחוז מוגבלות	לצמיתות	לא לצמיתות		תאריך תחילת והגמקה
					יצוב	זמני	
k 7 k	כן ☐ לא ☒	כן ☐ לא ☒	40	כן ☒ לא ☐			
	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐			
	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐			
סה"כ אחוז מוגבלות			40				

ג. לא ניתן לסיכום, נמק:

מס' ת.ז.	7	5193293	שם משפחה	אמ' צובר	שם פרטי	ילקב
----------	---	---------	----------	----------	---------	------

סב

3.1. כסא גלגלים ומכשירים אורתופדיים:

המוגבל בניידות זקוק לכסא גלגלים/עגלת ילדים ומשתמש בו: כן ☐ לא ☒ תחילת ההודקקות

המוגבל בניידות מרותק לצמייתות לכסא גלגלים/עגלת ילדים/מיטה: כן ☐ לא ☒ תחילת ההודקקות

המוגבל בניידות מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים ארוכים על שתי גפיו התחתונות: כן ☐ לא ☒

4.1. אם ההחלטה שונה מהחלטות קודמות, נמק:

חל שיפור
חלה החמרה
ממצאים שונים
אחר

הערה: ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת

חברי הועדה	שם	מומחיות	חתימה
יו"ר:	פרופ' מור	בריאות הציבור	חתום במקור
מומחה:	ד"ר חרמוש	אורטופדיה	חתום במקור
מומחה:	ד"ר טייטלר	נוירולוגיה	חתום במקור
מזכירה:	איריס		חתום במקור

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 02/932937, מרחוב הר נוף 16, ת.ז. מס' 16,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הר נוף 16 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 דעתי 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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.

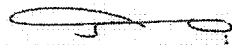
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 05 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עוזד אחאאל מדייטרי

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם המשפחה <u>אב' 5'הר</u>	שם פרטי <u>י.ג.ב</u>	תעודת זהות <u>051932937</u>	שם האב <u>ג'ו"ל</u>
רחוב <u>הרצ'ה א'א' /</u>	מס' <u>16</u>	מיקוד <u>0128906370</u>	טלפון <u>0128906370</u>
	עיר <u>תל-א'ב</u>		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסייעודי 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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: "ב'ב' סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: 2148822

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

תאריך: 06-05-20 עד לחתימה ומס' ת.ז. 0128906370 חתימה: X
מס' דיון: 62254