

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

8.9.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף באר שבע
רחוב שזר מס' 31 א
באר שבע 8440802
באמצעות פקס: 08-6295358

א.ג.נ.,

הנדון: אמיר קרינאוי, ת.ז. 324015569
תאונה מיום 8.3.20

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לטיפולם המסור בתביעת מרשי ולזימונו לועדה רפואית אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון

סג

דפים

המסמך

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

1

פרטי התובע

שם משפחה קרינאן		שם פרטי אהרן		מספר זהות ס"ב 324015569	
מין ☒ זכר ☐ נקבה		עיסוק ☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		תאריך לידה 27062001 שנה חודש יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר רגל 170	מס' בית 23	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני: _____@_____	

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 ס"ב

☐ 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 ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

לפני זכות טקס חודש יום

מחילת

הגחמילת גוחמילת

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משא"ר	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר	מס' פקס	
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה
☐ כן ☐ לא

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

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט <u>סורוקה</u> שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מובטח בקופ"ח <u>כלית</u> ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

הצטרף תאריך יפוא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמרם אתה סובל

תיעוד רפואי
מסמך

חירי, זלף וזכאון
כאבים, זלף וזכאון
קסי הידנית חוסר שנה וסיוט

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

טלפון

כתובת

שם גורם מייצג או מסייע

03-7412358

חור איטל פהירם
טוא גלף דוראן

17.3.20

תאריך תחילת התקשרות:

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הבנק גוואלית	מרכז מסחרי רח	496	229396

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי 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 להוציאם לפי דרישה.

תאריך 8.9.20 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס ספיי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 8.9.20 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 01/03/2020 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 324015569	קוד גמלה 11
שם פרטי אמיר	שם משפחה קריש	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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: 7.9.20 חתימת המבוטח *

הופק ע"י דר' ויסברג גנדי מר 24531 25 08/03/2020

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	קרינאוי	ת. לידה:	27/06/2001	פנימית א
שם פרטי:	אמיר	ת. זהות:	32401556-9	מנהל/ת: דר' סלוסר דניאל מ' 0457
כתובת:	שכ 71 23 רהט 85357	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: חסדן שרית
טלפון:	0527005395	גיל:	18 ש' ו' 8h	מס' קבלה למחלקה: 20200322564
סוג דם:				טלפון 03-6400238
גורם מממן:	דחם	שם האב:	סלמאן	פקס 03-6400238
				קבלה למחלקה: 20/03/2020
				ימי אשפוז במחלקה: 2

תקופת אשפוז
תאריך כניסה למחלקה 08/03/2020 - תאריך שחרור מהמחלקה 08/03/2020

אבחנות בשחרור

תלונה עיקרית

התחשמות

מחלה נוכחית

בן 18, עובד במפעל תפוחי אדמה ליד ישיע
התקבל לאחר התחשמות לפני כשעה וחצי
ללא מחלות רקע ידועות. ללא טיפול תרופתי כרוני מוכר.

אנמנזה נלקחה ממלווה שנכח באירוע
לפני כשעה וחצי בזמן פעולות ניקיון במפעל. נגע במגע שהיה חשוף. לאחר הנגיעה הועף אחרון כמטר אחד ונפל על ערמה של
קופסאות קרטון. לאחר האירוע מתואר מספר תנועות טובי קליניות ולאחר ספאזם של הפנים והידיים. נשאר בהכרה מעורפלת ופונה
ע"י מד"א לסורוקה.

בקבלתו במיון:

מדדים חיוניים:

יציב נשימתית והמודינמית. דופק 91, לחץ דם 74/137, סטורציה 98%, באויר חדר. חום 36.8

בבדיקה גופנית:

מצב כללי - בבדיקה ראשונה מבולבל, אינו מתמצא במקום ובסיטואציה.
לב - קולות סדירים, ללא אישושות
צוואר - ללא גודש ורידי צוואר, ללא אנושות ע"ג הקרוטידים
ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ ללא חירחורים או ציצופים
בטן - רכה, ללא רגישויות, ללא סימנים פריטוניאליים
רגלים - שוות, ללא בצקות או אודם דו"צ
ידיים - סימני שלפוחיות קטנות בנקודת ההתחשמות על אצבע 4 ביד שמאל

אק"ג:

מקצב סינוס סדיר, 90 פעימות לדקה, ציר תקין, ללא חסימי הולכה, ללא סימני היפרטאופיה QRS צר, ללא שינוי ST-T

בבדיקות מעבדה:

ספירה - ללא אנמיה, ללא לויקוציטוזיס
כימיה - CPK מוגבר 386, טרופונין שלילי.

CT ראש:

לא הודגם ממצא חריג

בקבלתו למחלקה עירני ונינוח, אינו כאוב
בדיקה גופנית מפורטת מטה
בריא בדור כלל

פרמ'ת *

מומלצת: כל פסוק המצוי 17457

אח/אחות אחראים: חסן שרלי

מס' קבלה למחלקה: 2020022584

27/06/2001

32401856-9

14. 10. 2019

1990

779200 DMS

100% over

107 210

סמל	בדיקה	ערך	08/03/20 21.51	08/03/20 18.20	18/03/20 12.20	08/03/20 18.09	08/03/20 17.09	08/03/20 17.08
המטריקס	BASO abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20				0.02		0.02
המטריקס	NEUT% (%)					71.4		68.8
המטריקס	LYM% (%)					20.0		21.6
המטריקס	MONO% (%)					7.4		8.1
המטריקס	EOS % (%)					1.0		1.4
המטריקס	BASO % (%)					0.2		0.3
המטריקס	NORMOBLAST abs (*10 ³ /ul)					0.00		0.00
המטריקס	NORMOBLAST% (%)					0		0
המטריקס	PLT (*10 ³ /ul)	135-400				213		201
המטריקס	MPV (fl)	7.1-11.1				9.9		10.1
המטריקס	PCT (%)					0.3100		0.2900
ביוכימיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0	0	0				
ביוכימיה	ICTERIC (mg/dL)	0	0	0				
ביוכימיה	LIPEMIC (mg/dL)	0	0	0				
ביוכימיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100	127†		80			
ביוכימיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0	23.8		26.5			
ביוכימיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17	0.72		0.69			
ביוכימיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.50-1.20			0.52			
ביוכימיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.08			
ביוכימיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.44			
ביוכימיה	SODIUM (mEq/L)	135-145	141		141			
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1	4.5		4.7			
ביוכימיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106	104		105			
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.5-10.5	9.1		9.2			
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0	4.5		2.7			
ביוכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60	2.11		2.15			
ביוכימיה	ALK PHOSPHATASE (U/L)	30-120			89			
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-35			25			
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45			15			
ביוכימיה	CK-CREAT KINASE (CPK) (U/L)	20-200	374†		366†			
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-55			19			
ביוכימיה	TROPONIN T (ng/L)	0.000-14.000	<10	<10				

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044

מכתב נחתם ע"י ד"ר י"י סבורג גוד' ת.ר. 24531

בהתאם להנחיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונה, מומלץ לבני 60 ומעלה אוכלוסיית אנשים אשר חולים במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות וממגע עם אנשים שישבו מחו"ל מכל יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית זיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400 "או

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	קרינאי	תאריך לידה:	27/06/2001	פנימית א
שם פרטי:	אמיר	ת. זמות:	32401558-9	מנהל/ת: דר' פלוסר דניאל מ.ר. 17457
סוג דם:	שם האב:	סלימאן		אח/אחות אחראיים: רוסלן שרליס
				מס' קבלה למחלקה: 2020022564

משאר בהכנה מעורפלת ופונה ע"י מד"א לסורוקה
נכבדתו כמין יציב נשימתית והמודינאמית.

יצב מצב-נבדוק ראשונה מבולבל, אינו מתמצא במקום ובסיטואציה.
זיכרון שוטף קטנות בנקודת ההתחשמות על אצבע 4 ביד שמאל

באק"ג מקבץ סיגים סדיר, 90 פעימות לדקה, ציר תקין, ללא חסמי הולכה, ללא סימני היפרטאופיה, QRS צר, ללא שינוי ST-T
במעבדה-CPK מוגבר 386 טרופון שלילי
בהמשך החזרה ובקבלתו למחלקה עירני ומתמצא, ללא תלונות כלשהן

ליסיס משול לאחר התחשמות, איט מציג הפרעות קצב, יתכן ובילבול משני לפרקוס סביב האירוע.
יושפז להשגחה וניתור במהלך הלילה.

במהלך אשפוזו ללא אירועים מיוחדים
בלימיה חזרת טרופון שלילי, CPK מעט מוגבר בירידה

נעת חש בטוב, מצבו מאפשר שחרור.

המלצות

המלצה: המשיך מעקב רופא מטפל
טיפול סימפטומטי אנלגטי ב-T OPTALGIN 1 GR X3
הופש מחלה 6 ימים

הנזל והחזרה או שינוי במצב יש לפנות בדחיפות לבדיקת רופא

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	08/03/20 21:51	08/03/20 18:20	08/03/20 18:20	08/03/20 18:09	08/03/20 17:09	08/03/20 17:08
המטולוגיה	PT-INR						1.05	
המטולוגיה	PT-SEC (Sec)	10.00-13.50					12.40	
המטולוגיה	PT % (%)						90	
המטולוגיה	CONTROL PT (Sec)						12.0	
המטולוגיה	APTT-sec (Sec)	26.0-39.0					29.1	
המטולוגיה	CONTROL PTT (Sec)						31.5	
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCU (mg/dL)	200-500					299	
המטולוגיה	HB (gr/dL)	14.0-18.0				16.5		16.0
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0				47.3		44.4
המטולוגיה	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10				5.74		5.49
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0				82.4		80.9
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0				28.7		29.1
המטולוגיה	MCHC (gr/dL)	33.0-37.0				34.9		36.0
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5				11.8		11.7
המטולוגיה	RDW-SD (fL)					35.1		33.9
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80				9.41		7.87
המטולוגיה	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00				6.72		5.40
המטולוגיה	LYMP.abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20				1.88		1.70
המטולוגיה	MONO.abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00				0.70		0.64
המטולוגיה	EOS.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80				0.09		0.11

סיכום שחרור רפואי

פנימית א
מנהל/ת: דר' פלוסר דניאל מ.ר. 17457
אח/אחות אחראיים: חסלן שרליס
מס' קבלה למחלקה: 2020022564

שם משפחה:	קרינאי	תאריך לידה:	27/06/2001
שם פרטי:	אמיר	ת. זהות:	32401556-9
סוג דם:		שם האב:	סלימאן

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מזדים בקבלה

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	מספר נשימות	סטורציה	משקל (קג)	גובה (סמ)	רמת כאב	EM
06 00 09/03/2020		92	120 / 75						
21 37 08/03/2020	36.5	77	118 / 65	18	100	65	180	0	20.1

בדיקה גופנית בקבלה

פרוט מצב כללי: מצה כללי טוב, ניוח

פרוט לב: קולות לב סדירים ללא אוושות

פרוט ראות: כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ

פרוט בטן: רכה, ללא רגישות, ללא סימני ג'ראוי צפקי

פרוט גפיים: מספר שלפוחיות באצבע 4 ביד שמאל, ללא כוויות נוספות בידיים או ברגליים

תוצאות בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום חזה	09/03/2020	לא הוקלדה תשובה
ט.מ. CT ראש	08/03/2020	סיבת ההפניה: התחשמלות שגרמה לעוף מטר אחורה עם נפילה על הרצפה. בוצע ט.מ. CT ראש בתאריך 17:23 08/03/2020 מג: 1245002964841 מבצע: צין לוי, ט.מ. CT ראש; ממצאים: להלן ממצאי סריקה סומוגרפית ממוחשבת של המוח כמות אקסידלי. =====בסריקת עצמות בסיס הגולגולת נצפו תאי המסטואידים, המערה הספמואידית ותאי האסטמואידים ללא סטיות. האוכף הטורקי הגרמי במימדים תקינים, בגומה האחורית הודגם החדר הרביעי בקוטר תקין ובקו האמצע. הציסטרנות הבזליות, תעלות השמע הפנימיות הגרמיות והמרווחים התת-עכבישיים ללא סטיות. בחתכים העל סנטוריאליים הודגמו הגרעינים הבזאליים, הקופסית הפנימית והטלמוס ללא סטיות. החדר השלישי וחדרי המוח הצדדיים בגודל יחסי ומיקום תקינים. קו האמצע שמור ואין עדות לתהליך מוקדי או אפקט מסה. בחתכים הגבוהים הודגמו מבנים אנטומיים תקינים, כולל החומר האפור והלבן עם חריצי וקפלי מוח שמורים. ללא דמם מבנה גרמי שמור.-----סיכום: לא הודגם ממצא חריגני. לא נראו צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד ליש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול

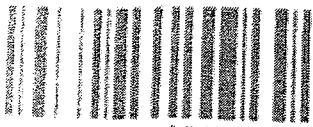
מהלך ודין

כן 18 בריא בד"כ

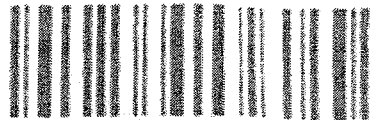
מציג כעת את הבעיות הבאות:

electrocution#

התקבל למיון חצי שעה לאחר התחשמלות. לאחר האירוע מתואר מספר תנועות טוני קלוזות ולעיתים



נולית מער



מס מרשם: 684501

תלידה: 27/06/2001

32401556

גיל: 18.9

קרינאוי אמיר

תוקף מ: 09/03/2020 עד: 09/03/2020

טלפון: 0527005395

רהט

23

כתובת שג 71

טלפון סלולרי: 0525986385

מיקוד: 85357

גורם מבטח: דרום

OPTALGIN (DIPYRONE) 500 mg

קופה כללית

2 CPL

ביום 3 X

~20

הוראות שימוש:

Oral 2 (שניים) X 3 (שלוש) פעמים ביום

XXXXXXXXXXXX

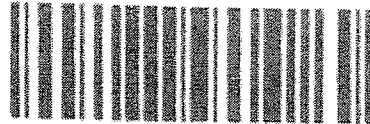
XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

חתימה וחותמת הרוש

דר' וייסברג גודי



תאריך הפקד: 03/2020

מ.ר. 24531

שם רפואי אוניברסיטאי סורוקה
 ד"ר וייסברג
 מומחה ברפואה פנימית
 מ.ר. 24531

סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי פנימית א 6400238

הרופא
ד"ר יוסף אבו מסיר
מומחה לרפואת משפחה
37410
שכונה 18, כיכר אלסלאם
08-6627222
מרחוק: מרפאה: רהט ב'

תאריך: 12/03/2020

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל: **קרינאוי אמיר**
שם משפחה ושם פרטי: **אמיר קרינאוי**
רהט: **ישוב**
שכ: **17**
רחוב: **רחוב**
מס בית: **23**
מס זהות: **00-32401556-9**
ז' **18.08**
מין: **גיל**
ת לידה: **27/06/2001**
סלימאן
שם האב: **52 - 7005395**
טלפון ניסן: **52 - 7005395**
טלפון: **52 - 7005395**

תאריך תאונה: 08/03/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנת		איפיון	אבחנה
קוד	קוד		
			ELECTROCUTION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 08/03/2020 עד יום 31/03/2020 (בכלל) סה"כ 24 ימים

12/03/2020

ת. הבדיקה

12/03/2020

תאריך מתן התעודה

חתימה וחומת הרופא של המוסד המוסמך

ד"ר יוסף אבו מסיר
מומחה לרפואת משפחה
מחלקת רפואת משפחה
מחלקת רפואת משפחה
מחלקת רפואת משפחה

חומת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

קרינאוי אמיר

12/03/2020

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מסיר

00-32401556-9

תאריך 16/08/2020

מראה:מרכז בריאות הנפש - רהט מחוז:דרום

סיכום ביקור

פרטי המטופל					קרינאווי אמיר	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	סלימאן	שם האב
רהט	שכ 17	23	ז	52	7005395	52 - 3933059
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/08/2020

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אפיון	אבחנה
07810	UNFER RT EYE	VERRUCA UNCLASSIFIED

אבחנות בביקור

ת.גילוי	אפיון	אבחנה
F432		ADJUSTMENT DISORDERS

תרופות בביקור

P	m	ע	n	q	g	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	P		0	q	N	יחידה	15	30	D	1	טבליות	0.5	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

סיכום ודיון:

בן 19, רווק, תושב רהט, עובד - חזר לעבוד חודשיים לאחר תאונת עבודה שקרתה ב-03/2020 - התחשמל ממנוע פתוח.
מתאר החמרה במצבו הנפשי מאז האירוע זה. עד אז שולל רקע פסיכיאטרי ומתאר את התפקוד כשמו.
לדבריו כעבר מספר ימים מאז האונה חלה החמרה במצבו הנפשי - נזכר הרבה בכך ששמע שעובדים לידיו מדברים שהוא כנראה מת, וזכר שבעצמו היה בטוח שימות. תואר תסמיני חודרנות עוררות יתר, ללא תיאור ושולל כשנשאל באופן ישר על שינוי באפקט או קוגניציה. ישנו התנהגות המנעותית בעוצמה קלה בלבד - לא עובד עם מנועים עכשיו, לדבריו "לא רוצה למות אני בן 19". ללא תיאור של פגיעה תפקודית במשורים שונים של החיים, אך התסמינים מהווים מצוקה נפשית ניכרת.
לא זכר את התאריך המדויק של האירוע.
בדיקות: ערני, נינוח, משתף פעולה בבדיקות. מצ ברוח מתאר כבסדר. אפקט אוטמי יציב ותואם תוכן. ללא הפרעות בהליך החשיבה. ללא תכנים ספיכטיים. בתוכן - מחשבות על האירוע ותוכניות לעתיד - בונה בית, עבודה. ללא הפרעות בתפיסה.

ד"ר אירנה גורשטיין
פסיכיאטריה
130763
שכונה 8 בית 2, רהט

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

תאריך 16/08/2020

מחוז: דרום
מרפאה: מרכז בריאות הנפש - רהט

ללא אובנודות או אלימות. תובנה ושיפוט תקינים
לסיכום, מדובר בתסמינים תגובתיים של עוררות וחודרנות אשר התפתחו בעקבות
חשיפה לאירוע מסוכן וקשה עבודו. חזר לעבודה קיימת מצוקה נפשית המלווה את
הסימפטומים. מעוניין לקבל עזרה.
הוסבר על מצבו ועל הטיפול בו.
המלצות:
1. MIRO 15MG ללילה
2. ביקור תוזר בעוד חודש

בברכה,

ד"ר אירנה גורשטיין

130763

מספר רשיון

שם הרופא

~~מחוז: דרום
מרפאה: מרכז בריאות הנפש - רהט
פסיכיאטריה, פר 1-130763
חתימה וחתימת הרופא~~

הזמנה

שם הלקוח:	אמיר קרינאוי	מספר זהות:	32401556-9
מועד הביקור:	17/09/20 יום ה' כ"ח אלול תש"פ	שעה:	11:00
שם הרופא:	גורשטיין אירנה	מקצוע:	בריאות הנפש/פסיכיאטריה
מרפאה:	מרכז בריאות הנפש - רהט	טלפון:	08-9917223
כתובת:	רהט		
אוטובוסים:			

הנחיות:

אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:

- באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה
- התקשרות למוקד *2700
- התקשרות למרפאה

חובה להצטייד בכרטיס מגנטי
יש להגיע עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 16/08/2020 11:15:54

סורדוקה

סורדוקה מרכז
רפואי
אוביסרטיאי

כללית כסא שנה
הכי טובה והזולה

הוסק ע"י דר' מזור מאשה 03:17 04/09/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל יחידה למיון פנימי: דר' רדן שוורצפוקס מנהל המלרד: דר' שניידר'בגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דהור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 03/09/2020 22:55 מספר ביקור: 2020146637 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 27/06/2001 תעודת זהות: 32401556 מין: זכר גיל: 19 שם האב: סלימאן	שם משפחה: קרימאוי שם פרטי: אמיר כתובת: שכ' 23 71 רהט 8535700 טלפון: 0527005395 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	04/09/20 00:53	04/09/20 00:45	04/09/20 00:13	04/09/20 00:12
ביוכימיה	LIPASE (U/L)	0-67				38
ביוכימיה	TROPONIN T (ng/L)	0.000-14.000			<13	
אימונו-סר	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50				0.09

*תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

דר' מאשה מזור
מ.ר. 267

חתימה:

מכתב נחתם ע"י דר' מזור מאשה מ.ר. 139267

בהתאם להנהיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונה, מומלץ לבני 60 ומעלה או אנשים אשר חששו במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות וממגע עם אנשים שיש להם מחו"ל מכ יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית זיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400 אג
<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/corona/corona-virus/>

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי סורדוקה דורש הפניה או התחייבות.

04/09/2020 03:17 חזור מאשה

רפואי
אונברסיטאי

כללית 100 שנה
הכ טובת לטיפוח

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שוורצפוקס מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22:55 03/09/2020 מספר ביקור: 2020146637 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 27/06/2001 תעודת זהות: 32401556 מין: זכר גיל: 19 שם האב: סלימאן	שם משפחה: קרינאוי שם פרטי: אמיר כתובת: שכ 23 71 רחט 8535700 טלפון: 0527005395 סוג דם: גורם מממן: כלילת
---	---	---

מעבדות שקטות כולל טרופונין

לאחר השגחה ללא אירועים מיוחדים

משתחרר עם ההמלצות

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל

הערכת אורטופד לבקשתו עקב כאבי גב חוזרים
בכל החמרה (כאב בחזה או קוצר נשימה) יש לשוב לבדיקת רופא
רפואה שלמה

רופא אחראי

רופא: ד"ר חזור מאשה מ.ר. 139267

תוצאות מעבדה באירוע

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	04/09/20 00:53	04/09/20 00:45	04/09/20 00:13	04/09/20 00:12
המטולוגיה	PT-INR		1.16			
המטולוגיה	PT-SEC (Sec)	10.00-13.50	13.90			
המטולוגיה	PT % (%)		77			
המטולוגיה	CONTROL PT (Sec)		11.2			
המטולוגיה	APTT-sec (Sec)	28.0-39.0	29.9			
המטולוגיה	CONTROL PTT (Sec)		30.4			
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCU (mg/dL)	200-500	531			
המטולוגיה	HB (gr/dL)	14.0-18.0		16.5		
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0		46.9		
המטולוגיה	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10		5.74		
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0		81.7		
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0		28.7		
המטולוגיה	MCHC (gr/dL)	33.0-37.0		35.2		
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5		11.8		
המטולוגיה	RDW-SD (fL)			34.5		
המטולוגיה		4.80-10.80		9.57		

מסחרי

סורוקין מר
רפואי
אוניברסיטאי

כללית 100 שנה

הופק ע"י דר' מנחם מאשה 03.17 04/09/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 03/09/2020 22:55 מספר ביקור: 2020146637 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 27/06/2001 תעודת זהות: 32401556 מין: זכר גיל: 19 שם האב: סלימאן	שם משפחה: קרינאו שם פרטי: אמיר כתובת: שכ' 23 71 רהט 8535700 טלפון: 0527005395 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	--	---

סיכום טיפול במלד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה
מקבל הודעה במחלקה

אבחנות בשחרור

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית
התחשמות

תוספת למחלה נוכחית

בן 19 בריא בד"כ ללא רגישות ידועה.

התקבל עקב שני ארועי התחשמות - בחודש מרץ השנה והיום כאשר ניסה לחבר מטען לשקע שולל כל תלונה לרבות כאב בחזה או קוצר נשימה.
מצוין "זרמים בגוף" לסירוגין

במיון יציב מכל הבחינות

אק"ג קצב סינסי HIGH TAKE OFF
מעבדות שקטות כולל טרופון.

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	הכרה EWS	לחץ דם	דופק	PO2 mm	ספירציה	VAS
23.04 03/09/2020	ערוצלול	163 / 120	92	38.8	99	5

סיכום

בן 19 בריא בד"כ ללא רגישות ידועה.

התקבל עקב שני ארועי התחשמות - בחודש מרץ השנה והיום כאשר ניסה לחבר מטען לשקע שולל כל תלונה לרבות כאב בחזה או קוצר נשימה.
מצוין "זרמים בגוף" לסירוגין

במיון יציב מכל הבחינות

אק"ג קצב סינסי HIGH TAKE OFF.



מרכז ابن سینا الطبي

רהט שכ 33 בית 2, טל: 08-9917528, פקס: 08-6169266

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.

תאריך לידה:

תאריך הזום:

טלפון:

כתובת:

תלונה:

רגישות לא ☐ כן ☐

בדיקה

חום	דופק	כד	נשימה	פטריות	דיקטור
36.6	71	134	14	14	

בדיקה נופנית:

אבחנה:

המלצות:

1.

2.

3.

ד"ר אבו עאבד גיאמל

בכל שינוי או החמרה יש לפנות מיידית להערכה רפואית או לחדר חמיון הקורונה

חתימת הרופא:

הערה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית
טבטט והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי שבעניין
חוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בבית
המשפט, דין העושה או כשהיא חתומה על ידי
בדן עדות בדיועה שנתתי בבית המשפט

שעת טחיוח:

רמאה עלימה

סורוקה

סורוקה מרכז
רפואי
אונכרטיאי

כללית 100 שנה

תאריך: 04/09/2020 03:17 מזור האשח

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל יחידה למטון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס
מנהל המלרד: ד"ר שניידר יגור מ.ר. 26785
אחות אחראית רחל דור
טלפון: 08-6400345
פקס: 08-6400043
תאריך ביקור: 22.55 03/09/2020
מספר ביקור: 2020146637
דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

תאריך לידה: 27/06/2001
תעודת זהות: 32401556
מין: זכר

גיל: 19
שם האב: סלימאן

שם משפחה: קרינאו
שם פרטי: אמיר
כתובת: שכ' 23 71
רהט
8535700
טלפון: 0527005395
סוג דם:
גורם מממן: כללית

פרופיל	בדיקה	ערך ייחוס	04/09/20 00:53	04/09/20 00:45	04/09/20 00:13	04/09/20 00:12
המטולוגיה	LYMP abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20		2.53		
המטולוגיה	MONO abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00		0.72		
המטולוגיה	EOS abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80		0.09		
המטולוגיה	BASO abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20		0.03		
המטולוגיה	NEUT% (%)			54.9		
המטולוגיה	LYM% (%)			26.4		
המטולוגיה	MONO% (%)			7.5		
המטולוגיה	EOS % (%)			0.9		
המטולוגיה	BASO % (%)			0.3		
המטולוגיה	NORMOBLAST abs (*10 ³ /ul)			0.00		
המטולוגיה	NORMOBLAST % (%)			0		
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400		226		
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1		10.1		
המטולוגיה	PCT (%)			0.2300		
ביוכימיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0			0	0
ביוכימיה	CTERIC (mg/dL)	0			0	0
ביוכימיה	LIPEMIC (mg/dL)	0			0	0
ביוכימיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100				80
ביוכימיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0				21.1
ביוכימיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17				0.68
ביוכימיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20				0.60
ביוכימיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20				0.12
ביוכימיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)					0.48
ביוכימיה	SODIUM (mEq/L)	135-145				141
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1				3.9
ביוכימיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106				105
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.5-10.5				9.5
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0				4.6
ביוכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60				2.09
ביוכימיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120				95
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-35				21
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45				16
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-55				23

אני הח"מ 324015569 מרחוב 23 671 6 20
 ת"ז מס' 324015569 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 23 671 6 20
 ממונה בזה 23 671 6 20 בענין תאונת דרכים מיום 23 671 6 20
 נגד 23 671 6 20
 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
 השות 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 כשיטת רגל, או פרוק
 ו/או 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 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.

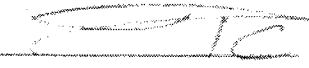
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 17 לחודש 3 שנה 2020

חתימה X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

~~מס' רישום 62254~~

עורד-ד"ר

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יורשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
	324015569	אריאל	קריאל
טלפון	מיקוד	עיר	רחוב
		6	71 23 50

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.

הגני 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 17.3.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מוס' רשיון: 62254 חתימה: _____