

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.

21.11.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף רמת גן
רחוב החשמונאים 15, רמת גן

א.ג.נ.,

הנדון : טל גלאון, ת.ז. 034492413
תאונה מיום 31.10.21

1. מצ"ב טופס תביעה לדמי פגיעה והכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות.
 2. כן, מצורף אישור משטרה ונספחים רלוונטיים.
 3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 8

034492413

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
0 1 סוג המסמך דפים									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
16 י.ה.ד	א.א.ז	034492413
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
36245664	0547870101	galanta@gmail.com

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

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

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
האריק	9		33	עזת-מ	535305

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס

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

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

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

שם העסק	סוג העיסוק

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

034492413

עמוד 2 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2א'

מקום השירות:

☐ צה"ל☐ משמר הכנסת☐ שב"ס☐ משא"ז☐ משטרה☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
		~19:00	ראשון	31/10/2021 שנה חודש יום
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ ☐ תאונה בבניין ☐ תאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____ תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ופמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____ האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט: _____ שם כתובת מספר טלפון _____ שם כתובת מספר טלפון _____ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐ מכר ☐ אחר ☐ מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה תאריך מסירת ההודעה _____ שם מקבל ההודעה _____ תפקיד _____ טלפון _____ שנה חודש יום				

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה <u>2021</u> חודש <u>10</u> יום <u>31</u>	שעה <u> </u>	<u>יכנס ירמיהו שטר</u>

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
		<u>יכנס</u>	

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

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

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2021	11	13	2021	11	01

עד תאריך			מתאריך		
שעה	דקה	שנייה	שנה	חודש	יום

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

(צירף אישורים)

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **x** _____

9 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	
087015405151		087015405151	

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

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

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

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

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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

תאריך 16.11.21 חתימת התובע *

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צא אפטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

034492413

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: בית ארבעה חדרים - סניף 101 שעת הפגיעה 10:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בבית ארבעה חדרים - סניף 101

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

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

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
מנהל עבודה	פיקוח על עובדים	מנהל עבודה	מנהל עבודה
	שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	
	18:30		

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

☒ פגיעה בדרך לעבודה:
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 08:00 איזו משמרת? שני הכתובת שבה היה אמור לעבוד? בבית ארבעה חדרים - סניף 101

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

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

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

סוגר טופס 100 : ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

034492413

עמוד 7 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

3

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

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



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



לא,

העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו



לא נצברו ימי מחלה



אחר



העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

אטל גליון עו"ד

47525 ת.ד.

שד' שאול המלך 39, ת"א

חתימה וחותמת

שם החותם

תפקיד החותם

תאריך

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:**☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.**מעסיק מאושר לפי סעיף 343:**☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)**קיבוץ:**☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	03449243	31/10/2021 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
אלאון	יוסף	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 16.11.21 חתימת המבוטח [Signature] *

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/24/22
פקס: 08-9779919/09

מעודכן ל: 22:28, 31/10/21
אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרועקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11746591

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981
ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

גלאון טל יעקב

ת.ז.: 3449241-3	מין: זכר	ת.לידה: 15/02/1978	גיל: 43 ש
קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: דוד יצחק	טל: 054-7870101
מצב משפחתי: נ + 2			
כתובת: המאבק 9, גבעתיים, 5352305			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: גלאון טל יעקב, 3449241-3
תאריך קליטה במיון: 31/10/21	שעה: 20:07	
תאריך קליטה בבי"ח: 31/10/21	שעה: 20:07	

אבחנות נוכחיות

338.11 - ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 43, בריא בד"כ
לדבריו היה מעורב בת"ד כנהג רכב, היה חגור, נפתחו כריות אוויר.
מלין על כאבים בעיניים, כאבי ראש, בית חזה, צוואר, רגל שמאל.
ללא אירוע של איבוד הכרה.

במיון-

יציב המודינמית ונשימתית, ללא חום
בבדיקתו- בהכרה מלאה, GCS15
ראש-ללא סימני חבלה, ללא חסך ניורולוגי.
מניע 4 גפיים
שפשוף שטחי בעצם הבריו משמאל
בטן רכה, ללא רגישות



סודי רפואי

גלאון טל יעקב

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - המשך

ת.ז.: 3449241-3

מחלקה:

מקרה: 11746591

דיון וסיכום הקבלה

יעוץ אורטופד - ראה מצורף.
צילום חזה-ללא ממצא חריג

טופל במשככי כאבים

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

1. המשך מעקב רופא מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע.
2. משככי כאבים לפי הצורך.
3. שתייה מרובה.
4. המלצות לפי יעוץ אורטופד.
5. בכל מקרה של החמרה- כאבים עזים, הקאות מרובות וכו- לפנות לבדיקת רופא

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. קירשטיין, אנה

חתימה:

מספר רשיון: 140604

23:17 31/10/21



סודי רפואי

מעודכן ל: 31/10/21

מחלקה מיעצת: אורתופדיה

שעה: 23:06

סיכום ייעוץ - יעוץ אורתופדיה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

נתוני המטופל

שם: גלאון טל יעקב ת"ז: 3449241-3 מקרה: 11746591 גיל: 43 ש מיו: זכר
כתובת: המאבק 9, גבעתיים, 5352305
קופ"ח: כללית

תאריך ייעוץ: 31/10/2021 שעת ייעוץ: 22:25

תאריך קבלה למחלקה: 31/10/2021

תאריך אשפוז: 31/10/2021

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: מיון כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

בן 43, כאבים לאחר ת"ד

תוכן הייעוץ

לדבריו היום, ת"ד כנהג חגור, עם פתיחת כריות אוויר, ללא איבוד הכרה. ללא הקאות או שינוי בסוגרים. שולל חבלות ישירות בגופו.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות, ללא הגבלה בהנעת צוואר ללא רגישות פראורטברלית. ישנה רגישות על פני חוליות צוואריות, כיפוף ויישור גב מלאים, הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב, ללא רגישות פראורטברלית מתנית, ישנה רגישות ע"פ מעבר עמ"ש טוראקו-מותני. SLR שלילי, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים, רגישות בקדמת השוק משמאל צללא דפורמציה או המטומה ללא פצעים

צילום - ללא עדות לשבר או פריקה.

לסיכום - תאונת דרכים ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

המלצות יועצ/ת לשחרור

- מנוחה יומיים
- שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר חיושתי או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש חתני
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורחופד בקופ"ח.

חתימה

שם היועץ: דר. ג'רבאן, אחמד רישיון: 131734 תאריך: 31/10/21 שעה: 23:06

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: אזורי חן - תל אביב מחוז: ת"א

ד"ר (רופא) ירון צרפתי
אורתופדיה
82511
אליהו ברלין, 13
03-7291980
03-7291990

08/11/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

גלאון טל יעקב		00-03449241-3		43.09	ז	15/02/1978	דוד יצחק
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
גבעתיים	המאבק	9 / 33	מס בית	טלפון	54 -7870101	54 -7870101	54 -7870101
ישוב	רחוב			טלפון נוסף			

31/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021

תאריך תאונה: 31/10/2021

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי צידי, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים

בדיקה גופנית: בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר נירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
7295		PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS
7231		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס
הפניה לדימות	78030-צילום ברך בעמידה דו	H3		הודפס

סיכום והמלצות: המשך מעקב רופא משפחה

רפואה משלימה

פיזיותרפיה

צילום

בקורת חוזרת כאן לאחר מכן או על פי הצורך

משככי כאב לפי הצורך

מנוחה בעת כאב

בכל החמרה או שאלה נא לפנות לבדיקת רופא חוזרת

נא להמנע מהרמת משאות כבדים או משיבה ממושכת

פעילות הדרגתית כפי יכולתו ועל פי סף כאב

תאריך: 08/11/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל		גלאון טל יעקב	
00-03449241-3	43.09	15/02/1978	דוד יצחק
מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
9 / 33	מס בית	54 - 7870101	54 - 7870101
רחוב	המאבק	טלפון	טלפון נוסף
גבעתיים	ישוב		

תאריך תאונה: 31/10/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35812107412

גורם שולח



5812

מספר הפניה



035812107412

תז נבדק



34492413

רשיון רופא



082511

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון דימות - צילום ברכיים דו"צ בעמידה AP+LAT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78030	73560	צילום ברך בעמידה דו צדדי	10401088

המטופל מתלונן על: לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי צ"ד, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שבירים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים.

ממצאים עיקריים: בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר נירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים. עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
7295		PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS
7231		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

חתימה וחזתמת הרופא

82511

מספר רשיון

ד"ר (רופא) ירון צרפתי

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

08/11/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל			
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
גלאון טל יעקב	00-03449241-3	43.09	15/02/1978
שם האב	שם האב	ת.לידה	דוד יצחק
54 - 7870101	54 - 7870101	9 / 33	טלפון נוסף
טלפון	מס בית	המאבק	גבעתיים
31/10/2021	תאריך תאונה	סוג תאונה	1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35812107411

גורם שולח
5812

מספר הפניה
035812107411

תז נבדק
34492413

רשיון רופא
082511

לכבוד: פיזיותרפיה צווארית + גב

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

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי צידי , פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר , בצילום לא אובחנו שברים , שוחרר , לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות , מתאר כאבים קורנים לברכיים , כאבים בכתפיים

בעיות פעילות		
מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

ממצאים קליניים
בבדיקה: צוואר + גב תחתון , ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה , ללא חסר נירוסקולרי , כח גס ותחושה שמורים , לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה , מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור .

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: אזורי חן - תל אביב מחוז: ת"א

ד"ר (רופא) ירון צרפתי
אורתופדיה
82511
אליהו ברלין, 13
03-7291980
03-7291990

תאריך 08/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

גלאון טל יעקב

שם משפחה ושם פרטי

מס זהות 00-03449241-3

גיל 43.09

ז' מין

ת.לידה 15/02/1978

דוד יצחק

שם האב

המאבק

רחוב

גבעתיים

ישוב

9 / 33

מס בית

54 - 7870101

טלפון נוסף

54 - 7870101

טלפון

תאריך תאונה 31/10/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים



35812107411



מספר הפניה:



לכבוד: פיזיותרפיה צווארית + גב

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
שירות	80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים
שירות רפואי	80015		

BACKACHE

אבחנה משוערת

לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מגננון קדמי צידי, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים

תלונות / סיבת הפניה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

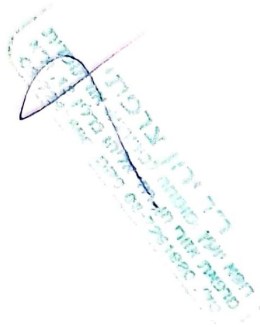
מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר נוירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

ממצאים קליניים

7 ה.ר.ו

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



תאריך: 03/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		גלאון טל יעקב	
שם משפחה ושם פרטי	00-03449241-3	ז	43.08
מס זהות	מס	מין	גיל
שם האב	15/02/1978	דוד יצחק	ת.לידה
שם האב	54 - 7870101	טלפון נוסף	54 - 7870101
טלפון	טלפון	מס בית	9 / 33
המאבק	רחוב	גבעתיים	ישוב

תאריך תאונה: 31/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
A80	road	ACCIDENT/INJURY; NOS
9241		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9221		CONTUSION CHEST WALL
7245		BACKACHE
9249	SKIN	HEMATOMA
	MILD	EYELID LT INJURY
30981		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/11/2021 עד יום 12/11/2021 (בכלל) סה"כ 12 ימים

03/11/2021

03/11/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר נינה רובינוב

חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

03/11/2021 תאריך
12:59

הפניה כללית

פרטי המטופל					
גלאון טל יעקב	00-03449241-3	43.08	ז	15/02/1978	דוד יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
המאבק	9 / 33	מס בית	טלפון	54 -7870101	54 - 7870101
גבעתיים	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 31/10/2021

מספר הפניה ישירה: 35205113253

גורם שולח
5205

מספר הפניה
035205113253

תז נבדק
34492413

מספר רשיון
030131

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80	road	ACCIDENT/INJURY; NOS
9241		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9221		CONTUSION CHEST WALL
7245		BACKACHE
9249	SKIN	HEMATOMA
	MILD	EYELID LT INJURY
30981		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

תלונות: ת.ד.ת.ע

31/10/21 היה מעורב כנהג רכב בת.ד. תוך כדי עבודתו, היה חגור נפתחו כריות אוויר, ללא חבלת ראש ללא איבוד הרה, הובא על ידי אמבולנס לחדר מיון אסף הרופא במיון 15 GCS בהכרה מלאה היום חולשה כאבים בכל הגוף בעיקר צוואר אחורי גב תחתון, פצע שיפשוטית מעל עפעף עליון עין שמאל המטומה מעל אגן משמאל רקמה רכה מצב לאחר סטרס של אירוע

סימנים חיוניים: גובה 190 21/02/2020 משקל 87 21/02/2020 bmi 24.10

לחץ דם 109 /70 03/11/2021

דופק 80 03/11/2021

eGFR 103.28 מתאריך 1/2020

ממצאים בבדיקה: מצב כללי טוב ללא מצוקה נשימתית, שטף דם בקוטר 2.5*3 ס"מ
פצע מעל עפעף עיון שמאל
רגישות מעל שרירי צוואר וגב
ושוק שמאל, רגישות מעל בכרך ימין ללא אודם ללא נפיחות

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

ד"ר נינה רובינוב

שם הרופא

30131

מספר רשיון

חתימה וחוקמת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון: 03-5724444
פקס: 03-6803622
מס' מסמך בתיק: א
נושא המסמך:

יחידה: תחנת גבעתיים מרחב דן
מספר תיק פלא: 780807/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 02/11/2021, כ"ז חשון תשפ"ב, 15:38
כתובת: וייצמן 76

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה:

31/10/2021

בשעה

19:10

2. מקום התאונה:

לוד דרך הרמ"א בכביש עירוני

הערות מקום:

בצומת אחיסמך, ליד רח' דרך הרמא

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב

27229102

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

ינדאי קוריא

חברת ביטוח

מגדל

מספר פוליסה

25131432221

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	34492413	גלאון טל יעקב	15/02/1978	גבעתיים, המאבק 9	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
					אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב

4148062

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

מזדה יפן

חברת ביטוח

מספר פוליסה

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	305776932	מאגרו אביחי	07/02/1992	אחיסמך, אחיסמך 43	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים:

1

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

02/11/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1095454

שם משפחה

ארנון

שם פרטי

עופרי

פרטי השוטר המוסר

מ"א

1095454

שם משפחה

ארנון

שם פרטי

עופרי

דרגה

רסב

משטרת ישראל

02-11-2021

תחנת גבעתיים

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 16/10/11 מס' 034942413, מרחוב בנימין ז'אנר, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 3.10.21 נגד בענין תאונת דרכים מיום 3.10.21 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 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.

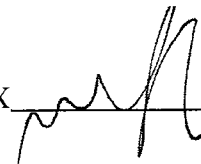
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 14 לחודש 11 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>אלון</u>	שם פרטי <u>ג</u>	תעודת זהות <u>034492413</u>	שם האב _____
רחוב <u>הגד</u>	מס' <u>9</u>	עיר <u>אלקט"ם</u>	מיקוד _____
טלפון _____			

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב 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. _____
מכונים, מעבדות: _____	1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 18.11.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 62254
X _____ חתימה: _____