

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

חוב אבא הלל 7 (בית סילבר)  
מת גן 5252204  
ל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15/12/21

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד

מחלקת ביטוחי בריאות  
הראל חברה לביטוח בע"מ  
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: מאיר קלמן, ת.ז. 057846727

פוליסת ביטוח בריאות לחברי הסתדרות המורים ומשפחותיהם

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון אשר מבוטח על ידכם במסגרת ביטוח בריאות קבוצתי לחברי הסתדרות המורים בישראל ובני משפחותיהם.
  2. במסגרת בדיקת עיניים לצורך בחינת היתכנות ביצוע ניתוח להסרת משקפיים הסב הרופא את תשומת ליבו של מרשי לממצא אשר יכול להעיד על הליך ממאיר בעפעף שמאל.
  3. בשים לב לחשד ולדחיפות נאלץ מרשי לפנות לפרופ' גיא בן סימון, מנהל המכון לפלסטיקה של העין ושל ארובת העין אשר איבחן כי המדובר הוא בגידול סרטני מסוג BCC והמליץ על התערבות כירורגית לצורך כריתת הגידול.
  4. ביום 14/10/21 אושפז מרשי ובוצע לו ניתוח של כריתת הגידול מעפעף עין שמאל עם תפירת העפעף וסגירת העין.
  5. ביום 7/11/21 אושפז מרשי בשנית, לאחר כריתת מקטע עורי בסמוך לאוזנו לצורך נפתחו התפרים אשר סגרו את העפעף כאמור ובוצע לו שחזור של עפעף שמאל.
- \*רצ"ב תעודות רפואיות.**
6. לצורך האמור ובשים לב לחשד אשר אושש ולדחיפות, נאלץ מרשי לשאת בהוצאות עלותו של פרופ' בן סימון (\*העתקס רצ"ב).

## מכתב שחרור

|                 |                        |                      |
|-----------------|------------------------|----------------------|
| SO21041861      | מספר תיק: 57846727     | שם המטופל: קלמן מאיר |
| זכר             | תאריך לידה: 03/01/1963 | שם האב: זישה         |
| גורם מומן: פרטי | טלפון: 0547924160      | כתובת: קובלסקי 11 א  |
|                 | טלפון נוסף:            | מחלקה: חדר ניתוח     |

המכתב חשף ב 19 49 14/10/2021

רופא אחראי

פרופ' בן סימון גיא מ.ר. 26818

תאריך קבלה: 16:11 14/10/2021

תאריך שחרור מתוכנן

תאריך שחרור: 14/10/2021

אבחנה נוכחית לפעולה

• BCC - Basal Cell Carcinoma (Left)

שם הניתוח

LOCAL EXC. OF BCC Z863 3 (Left) (Remark: frozen section margin control, TCF, FTSG. PA)

בריא בדרך כלל

לא ידוע על ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות להמשך טיפול

| שם התרופה                    | אופן מתן | מינון         | תדירות   | משך      | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות | מרשם |
|------------------------------|----------|---------------|----------|----------|---------------|---------------|-------|------|
| TOBREX eye oint (TOBRAMYCIN) | Lt Eye   | 1 Application | X 2 ביום | 1 שבועות |               | 2             |       | ✓    |

נלקחה פתולוגיה מסוג FROZEN. הרופא המטפל יצור עמך קשר, בעוד כחודש, למסירת תשובה.

הרדמה:

בדיקות קבלה- תקינות

מהלך ללא סיבוכים ניתוחיים או הרדמתיים.

ללא אובדן דם חריג בניתוח.

מהלך לאחר ניתוח והמלצות

מכתב שחרור:

עברה את הניתוח שבכותרת בהרדמה מקומית ובמהלך תקין. המלצות בשחרור:

1. ביקורת מרפאת עיניים עוד שבוע (גא לתאם מועד בטל. 050-2971663).
2. חופשת מחלה שבועיים בבית.
3. ניתן להרטיב את פצע הניתוח החל ממחר.
5. משחת טוברקס לפצע ניתוח X 2.
6. בכל בעיה ניתן לפנות לדר בן סימון בטל. 050-9716632 או למרפאה בטל. 050-2971663, ניתן גם לשלוח מסרון או הודעת ווטסאפ.

Medica  
HaBarzel 28, Tel Aviv  
Telephone: 03-755-7111

מרכזים  
רפואיים **medica** 

Medica  
הברזל 28, תל אביב  
טלפון: 03-755-7111

|            |           |             |          |           |            |
|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|
| שם המטופל: | קלמן מאיר | מספר זיהוי: | 57846727 | מספר תיק: | SO21041861 |
|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|

חתימת בן סימון  
פרופ' בן סימון  
מ.ר. 26818

מכתב נחתם ע"י פרופ' בן סימון גיא מ.ר. 26818

## סיכום ניתוח

|                 |           |            |             |            |              |
|-----------------|-----------|------------|-------------|------------|--------------|
| SO21041861      | מספר תיק: | 57846727   | מספר זיהוי: | שם המטופל: | קלמן מאיר    |
| זכר             | מין:      | 03/01/1963 | תאריך לידה: | שם האב:    | זישה         |
| גורם מממן: פרטי |           |            | טלפון:      | כתובת:     | קובלסקי 11 א |
|                 |           | 0547924160 | טלפון נוסף: | מחלקה:     | חדר ניתוח    |

המכתב חופק ב' 14/10/2021 19:48

**תאריך הניתוח: 14/10/2021**

### צוות בניתוח

רופא מנתח:  
פרופ' בן סימון גיא, מ.ר. 26818  
רופא מרדים:  
ללא מרדים, מ.ר. 1  
אחות רחוצה:  
סנדרה נגה, מ.ר. 4664  
אחות מסתובבת:  
סרחיה איט, מ.ר. 5883

**TIMEOUT מלא וחתום**

**TIMEOUT מלא וחתום**

### אבחנה נוכחית לפעולה

• BCC - Basal Cell Carcinoma (Left)

### שם הניתוח

**LOCAL EXC. OF BCC Z863 3 (Left) (Remark: frozen section margin control, TCF, FTSG, PA)**

### הרדמה:

### ממצאים:

### מהלך ניתוח:

חיטוי וכיסוי כמקובל  
הסרת גידול בשלמות  
שליחה לבדיקה היסטולוגית  
שליחת שוליים לפתולוגיה בחתך קפוא, שוליים נקיים  
בקרית דם  
לקיחת TCF מעפעף עליון  
תפירתו למיטת הגידול ויקריל 6/0 בודדים  
לקיחת PA SG  
תפירתו על TCF פרולן 7/0 בודדים  
שחזור דגור פרולן 5/0  
תפירת בולסטר ספוג על FTSG  
חבישת לחץ משחת מקסיטרול

### פתולוגיה בניתוח

נשלחה פתולוגיה: p

שם הבדיקה: FROZEN מספר דגימות: 1 איבר: עפעף, ניתוחון צד: שמאל  
שם הבדיקה: היסטולוגיה מספר דגימות: 1 איבר: עפעף תחתון צד: שמאל

Medica  
HaBarzel 28, Tel Aviv  
Telephone: 03-755-7111



Medica  
הברזל 28, תל אביב  
טלפון: 03-755-7111

שם המטופל: קלמן מאיר מספר זיהוי: 57846727 מספר תיק: SO21041861

חתימת רופא

| שם החותם                      | תפקיד       | זמן חתימה        |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| פרופ' בן סימון גר. מ.ר. 26818 | רופא/ה בכיר | 14/10/2021 19:47 |

פרופ' גיא בן סימון  
מ.ר. 26818

## מכתב שחרור

|                 |            |            |             |            |              |
|-----------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|
| SO21047194      | מספר תיק:  | 57846727   | מספר זיהוי: | שם המטופל: | קלימן מאיר   |
| זכר             | מין:       | 03/01/1963 | תאריך לידה: | שם האב:    | זישה         |
| גורם מממן: פרטי | גורם מממן: |            | טלפון:      | כתובת:     | קובלסקי 11 א |
|                 |            | 0547924160 | טלפון נוסף: | מחלקה:     | חדר ניתוח    |

המכתב הופק כ' 20 14 07/11/2021

רופא אחראי

פרופ' בן סימון גיא מ.ר. 26818

תאריך קבלה: 19:53 07/11/2021

תאריך שחרור מתוכנן

תאריך שחרור: 07/11/2021

אבחנה נוכחית לפעולה

- BCC EYELIDE (Left) (173.1) s/p frozen section margin control excision and TCF reconstruction

שם הניתוח

LOCAL EXC. OF BCC Z863 3 (Left) (Remark: division of Hughs flap)

היסטוריה רפואית

- Hypertension (401)

ניתוחים בעבר

S/P LOCAL EXC. OF BCC (Left)

(frozen section margin control, TCF, FTSG, PA) 14/10/2021)) (הערה:

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות להמשך טיפול

| שם התרופה                          | אופן מתן | מינון   | תדירות   | משך      | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות | מרשם |
|------------------------------------|----------|---------|----------|----------|---------------|---------------|-------|------|
| FML eye drops<br>(FLUOROMETHOLONE) | Lt. Eye  | 1 drops | X 4 ביום | 1 שבועות |               | 1             |       | ✓    |

הרדמה: מקומית

בדיקות קבלה - תקינות

מהלך ללא סיבוכים ניתוחיים או הרדמתיים.

ללא אובדן דם חריג בניתוח.

מהלך לאחר ניתוח והמלצות

מכתב שחרור:

עבר/ה את הניתוח שבכותרת בהרדמה מקומית ובמהלך תקין.

המלצות בשחרור:

1. ביקורת מרפאת עיניים עוד חודשיים (נא לתאם מועד בטל. 050-2971663)

2. חופשת מחלה 3 ימים בבית.

3. קומפרסים קרים היום ומחר - כל שעתיים למשך 10 דקות במהלך היום בלבד למשך 48 שעות.

4. ניתן להרטיב את פצע הניתוח החל ממחר.

5. משחת מקיסטרול לפצע ניתוח בלילה. טיפות פמל X 4 לעין שמאל למשך שבוע.

6. בכל בעיה ניתן לפנות לדר בן סימון בטל. 050-9716632 או למרפאה בטל.

050-2971663, ניתן גם לשלוח מסרון או הודעת ווטסאפ

Medica  
HaBarzel 28, Tel Aviv  
Telephone: 03-755-7111



Medica  
הברצל 28, תל אביב  
טלפון: 03-755-7111

|            |           |             |          |           |            |
|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|
| שם המטופל: | קלמן מאיר | מספר זיהוי: | 57846727 | מספר תיק: | SO21047194 |
|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|

חתימה:   
א"ר 87892  
גליל, תל אביב

מכתב נחתם ע"י פרופ' בן סימון גיא מ.ר. 26818



web site: www.medica.co.il

מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

הברזל 28 ת"א

תל אביב 5257511

טלפון: 2147\*, פקס: 0376131760

עוסק מורשה: 515138584

מספר תיק במע"מ: 515138584

מס. תיק ניכויים: 939721932

תאריך הקבלה: 11/10/21  
 תאריך הדפסה: 11/10/21  
 שעת הדפסה: 12:00  
 מספר תעודה: RC219013557  
 מזרחי 179941

קוד מנתח: 28069  
 שם מנתח: בן סימון גיא, פרופ'  
 2103192  
 מאיר קלמן

לכבוד:  
 מאיר קלמן  
 בני ברק  
 ת.ז. / ע.מ.: 057846727

## קבלה RC219013557 - מקור

## כרטיסי אשראי

| שורה | ת. פרעון | שם כרטיס אשראי | מספר שובר | מספר כרטיס | תשלום ראשון | מספר תשלומים נוספים | סכום כל תשלום | סך כל התשלומים |
|------|----------|----------------|-----------|------------|-------------|---------------------|---------------|----------------|
| 1    | 02/11/21 | ויזה ש"ח       | 06040005  | ...9026    | 2,833.35    | 5                   | 2,833.33      | 17,000.00 ש"ח  |

|               |               |
|---------------|---------------|
| 0.00          | שולם במזומן   |
| 17,000.00     | תקבולים אחרים |
| 17,000.00 ש"ח | סה"כ תקבולים  |

## פרטי חשבון הבנק המקבל

| קוד הבנק | שם הבנק | סניף | מס. חשבון הבנק |
|----------|---------|------|----------------|
| 20       | המזרחי  | 515  | 179941         |

תיק: SO21041861

מדיקה אקסל תל-אביב בע"מ  
 ת.ז. 515138584  
 ימית וינדלר - אחראית גבייה  
 יפית וינדלר  
 מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

# ד"ר ילנה דידקובסקי

רחוב התחיה 8, חולון 5849548 טלפון: 054-7605499

עוסק מורשה מס' 317998870

- מקור -

**חשבונית מס/קבלה מס' 0507**

לכבוד מר קלימן מילר

כתובת \_\_\_\_\_ טל \_\_\_\_\_

| סכום |  | פרטים        |
|------|--|--------------|
|      |  |              |
|      |  | Consultation |
|      |  |              |
|      |  |              |
|      |  |              |
|      |  |              |
|      |  |              |

|      |    |                |
|------|----|----------------|
| 1300 | XX | סה"כ לפני מע"מ |
| 221  | XX | % מע"מ 17      |
| 1521 | XX | סה"כ כולל מע"מ |

במזומן \_\_\_\_\_ בשיק מס' \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ סך 1521

בשיק מס' \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ סך \_\_\_\_\_

בשיק מס' \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ סך \_\_\_\_\_

בהעברה בנקאית \_\_\_\_\_

חתימה

תאריך 141021



מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

הברזל 28 ת"א

תל אביב 5257511

טלפון: 2147\*, פקס: 0376131760

עוסק מורשה: 515138584

מספר תיק במע"מ: 515138584

מס. תיק ניכויים: 939721932

תאריך חשבונית: 14/10/21  
 תאריך הדפסה: 14/10/21  
 שעת הדפסה: 15:11  
 מספר תעודה: SI216016460  
 קופה שרה קימיאגרום

לכבוד:  
 מאיר קלמן  
 קובלסקי 11  
 בני ברק  
 מס' תברה: 057846727

חשבונית מס מרכזת SI216016460 - מקור

| ש. | מס' תיק    | מק"ט | תאור מוצר             | כמות   | מחיר ליח' כולל מע"מ | סה"כ מחיר |
|----|------------|------|-----------------------|--------|---------------------|-----------|
| 1  | SO21041861 | 1589 | פע-שכר מנתח           | 1.00 מ | 13,500.00 ש"ח       | 11,538.46 |
| 2  | SO21041861 | 1519 | פע-עפעף - הוצאת גידול | 1.00 מ | 3,500.00 ש"ח        | 2,991.45  |

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| מחיר כולל          | 14,529.91     |
| הנחה כללית (0.00%) | -0.01         |
| מחיר אחרי הנחה     | 14,529.92     |
| מע"מ (17.00%)      | 2,470.08      |
| סה"כ מחיר          | 17,000.00 ש"ח |

מדיקה אקסל תל אביב בע"מ  
 קימיאגרום שרה  
 515138584



web site: www.medica.co.il

תאריך חשבונית: 07/11/21  
 תאריך הדפסה: 07/11/21  
 שעת הדפסה: 19:01  
 מספר תעודה: SI216017958  
 עדן חריף

מדיקה אקסל תל אביב בע"מ  
 הברזל 28 ת"א  
 תל אביב 5257511  
 טלפון: 2147\*, פקס: 0376131760  
 עוסק מורשה: 515138584  
 מספר תיק במע"מ: 515138584  
 מס. תיק ניכויים: 939721932

לכבוד:  
 מאיר קלמן  
 קובלסקי 11  
 בני ברק  
 מס' חברה: 057846727

## חשבונית מס מרכזת SI216017958 - מקור

| ש. | מס' תיק    | מק"ט | תאור מוצר              | כמות   | מחיר ליח' כולל מע"מ | סה"כ מחיר |
|----|------------|------|------------------------|--------|---------------------|-----------|
| 1  | SO21047194 | 1519 | פע'-עפעף - הוצאת גידול | 1.00 מ | 1,500.00 ש"ח        | 1,282.05  |

|               |              |
|---------------|--------------|
| מחיר כולל     | 1,282.05     |
| מע"מ (17.00%) | 217.95       |
| סה"כ מחיר     | 1,500.00 ש"ח |

חריף עדן  
 מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

מדיקה אקסל תל אביב בע"מ  
 515138584  
 ח.ד.פ.



## מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

הברזל 28 ת"א

תל אביב 5257511

טלפון: 2147\*, פקס: 0376131760

עוסק מורשה: 515138584

מספר תיק במע"מ: 515138584

מס. תיק ניכויים: 939721932

תאריך הקבלה: 07/11/21  
 תאריך הדפסה: 07/11/21  
 שעת הדפסה: 19:01  
 מספר תעודה: RC219014900  
 מזרחי 179941

קוד מנתח: 28069  
 שם מנתח: בן סימון גיא, פרופ'  
 2103192  
 מאיר קלמן

לכבוד:  
 מאיר קלמן  
 קובלסקי 11  
 בני ברק  
 ת.ד. / ע.מ.: 057846727

## קבלה RC219014900 - מקור

## כרטיסי אשראי

| שורה | ת. פרעון | שם כרטיס אשראי | מספר שובר | מספר כרטיס | תשלום ראשון | מספר תשלומים נוספים | סכום כל תשלום | סך כל התשלומים |
|------|----------|----------------|-----------|------------|-------------|---------------------|---------------|----------------|
| 1    | 02/12/21 | ויזה ש"ח       | 29040002  | ..9026     | 250.00      | 5                   | 250.00        | 1,500.00 ש"ח   |

|              |               |
|--------------|---------------|
| 0.00         | שולם במזומן   |
| 1,500.00     | תקבולים אחרים |
| 1,500.00 ש"ח | סה"כ תקבולים  |

## פרטי חשבון הבנק המקבל

| קוד הבנק | שם הבנק | סניף | מס. חשבון הבנק |
|----------|---------|------|----------------|
| 20       | המזרחי  | 515  | 179941         |

תיק: SO21047194

חריף עדן  
 מדיקה אקסל תל אביב בע"מ

medica  
 מדיקה אקסל תל-אביב בע"מ  
 515138584

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, קמ"ח / תש"ל, מס' 057846727, מרחוב קולנסקי 11 א' ק"מ דרך \_\_\_\_\_,  
ת.ז. מס' \_\_\_\_\_ מונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו \_\_\_\_\_ להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה 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, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנובע או הוליד מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות 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 בנכחותי ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם חקיקות, במשרדי ספרי אחוזת, 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 21 לחודש תשרי שנה 2021

חתימה: X קטן/א.י.

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרדכי  
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<br><u>קליין</u> | שם פרטי<br><u>ארי</u> | תעודת זהות<br><u>05746727</u> | שם האב<br>_____ |
| רחוב<br><u>קלינסקי'</u>  | מס'<br><u>11 א'</u>   | עיר<br><u>יבנה</u>            | מיקוד<br>_____  |
|                          |                       | טלפון<br>_____                |                 |

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: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 21/11/21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 עו"ד אריאל בריינר קליין ארי  
מס' דשיון: 62254