

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

21/2/22

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
מחלקת נפגעי עבודה  
אשדוד  
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: שמואל הראל, ת.ז. 209169051  
תאונה מיום 1/9/21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ואישור משטרה

2. לטיפולכם 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

209169051

נא ציין את מספר תעודת זהות

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> |      |  |  |  |  |  |  |  |  | לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">01</div> סוג המסמך                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | דפים |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תאונה בעבודה<br><input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט | <input type="checkbox"/> שכיר<br><input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> מתנדב<br><input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית<br><input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                            | שם פרטי         | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| רמיה                                                                                                                                                                                                                                                | יערה            | 209169051                                             |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                          | טלפון נייד      | דואר אלקטרוני:                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | 0527497949      | @                                                     |
| 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                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                       |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.<br>לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |                 |                                                       |
| מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשך הפעם                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                       |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                      | מס' בית         | כניסה                                                 |
| ירי ינאי                                                                                                                                                                                                                                            | 8               | 2                                                     |
| דירה                                                                                                                                                                                                                                                | יישוב           | מיקוד                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | אשדוד           |                                                       |

|                                                                                                         |            |           |            |         |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|------------|---------|---------|
| שם מעסיק/ מפעל                                                                                          |            |           |            |         |         |
| סג' רמיה                                                                                                |            |           |            |         |         |
| רחוב / תא דואר                                                                                          | מס' בית    | כניסה     | דירה       | יישוב   | מיקוד   |
| ירד אשדוד                                                                                               | 5          |           |            | ירושלים | 9134402 |
| טלפון קווי                                                                                              | טלפון נייד | מספר פקס  |            |         |         |
| 026312060                                                                                               |            | 026312061 |            |         |         |
| האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: |            |           |            |         |         |
| האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:     |            |           |            |         |         |
| עמיתים (אם הפגיעה חריגה מעוון לעסק – יש לפרט אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)             |            |           |            |         |         |
| שם העסק                                                                                                 |            |           | סוג העיסוק |         |         |
|                                                                                                         |            |           |            |         |         |
| רחוב / תא דואר                                                                                          | מס' בית    | כניסה     | דירה       | יישוב   | מיקוד   |
|                                                                                                         |            |           |            |         |         |
| טלפון קווי                                                                                              | טלפון נייד | טלפון פקס |            |         |         |
|                                                                                                         |            |           |            |         |         |

2א'

|                                |                                |                                     |                               |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| מקום השירות:                   | צה"ל <input type="checkbox"/>  | משמר הכנסת <input type="checkbox"/> | שב"ס <input type="checkbox"/> |
| משא"ז <input type="checkbox"/> | משטרה <input type="checkbox"/> | אחר <input type="checkbox"/>        |                               |

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

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

3

|              |            |            |            |                   |                 |
|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------------|
| תאריך הפגיעה | שנת הפגיעה | היום בשבוע | שעת הפגיעה | תאריך הפסקת עבודה | שעת הפסקת עבודה |
| 2021/09/10   | 11:30      | ירדני      |            |                   |                 |

היכן אירעה הפגיעה?  
במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר \_\_\_\_\_

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט רגעון הודעה  
הגשת תביעה

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: אין אף אחד

|    |       |            |                                                                                               |
|----|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| שם | כתובת | מספר טלפון | חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |
| שם | כתובת | מספר טלפון | חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |

מסירת התיבה למעסיק על הפגיעה

|                    |                |       |       |
|--------------------|----------------|-------|-------|
| תאריך מסירת ההודעה | שם מקבל ההודעה | תפקיד | טלפון |
|                    |                |       |       |

4

|                                                                    |                                       |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| האיבר שנפגע                                                        | מאות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) |
| לא, בן 17                                                          | חבלה                                  | ד"ר אסתר אשד                                      |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה                                     | תקופת אשפוז                           | שם בית החולים / מחלקה                             |
| 17/09/07                                                           |                                       | אסתר אשד                                          |
| שנה חודש יום                                                       | שעה                                   |                                                   |
| 17 09 07                                                           | 13:35                                 |                                                   |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?         |                                       |                                                   |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ |                                       |                                                   |
| פרטי הרופאים המטפלים                                               |                                       |                                                   |
| שם הרופא                                                           | תחום המומחיות                         | כתובת המרפאה<br>שבה טופלתי או אני מטופל           |
|                                                                    |                                       | טלפון המרפאה                                      |
|                                                                    |                                       |                                                   |

5

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: ד"ר אסתר אשד

6

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| סוג התאונה                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. <u>137</u><br><input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות<br><input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> פגיעה מבעל חיים <input type="checkbox"/> אחר _____<br><input type="checkbox"/> תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____ |
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| תביעה נגד _____                                                                                                                  | שם עורך הדין המטפל _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| כתובתו _____                                                                                                                     | מס' טלפון _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| מס' פקס _____                                                                                                                    | דואר אלקטרוני _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

7

|                                                                                                                      |  |                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>לפני הפגישה</b>                                                                                                   |  |                                                                                      |  |
| אם בשלושת החודשים שלפני הפגישה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:                                                             |  |                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> חופשה <input type="checkbox"/> אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים |  |                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל                 |  |                                                                                      |  |
| <b>לאחר הפגישה</b>                                                                                                   |  |                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה                                                                 |  | מתאריך _____ עד תאריך _____<br>שנה _____ חודש _____ יום _____                        |  |
| <input type="checkbox"/> שהיתי בעסק / בעבודתי                                                                        |  | מתאריך _____ עד תאריך _____<br>שנה _____ חודש _____ יום _____                        |  |
| <input type="checkbox"/> שהיתי בעסק / בעבודתי                                                                        |  | מתאריך _____ עד תאריך _____<br>שנה _____ חודש _____ יום _____                        |  |
| <input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____                                                              |  | <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה |  |
| שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגישה היו:                                                                    |  |                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> משעה _____ עד שעה: _____                                                                    |  |                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> עבודה במשמרות                                                                               |  |                                                                                      |  |

8

**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 \* \_\_\_\_\_

9

|                                                                                                                                                                     |  |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| שמות בעלי החשבון                                                                                                                                                    |  |                   |  |
| שם הבנק                                                                                                                                                             |  | שם הסניף / כתובתו |  |
| מספר חשבון                                                                                                                                                          |  | מס' סניף          |  |
| 78533971                                                                                                                                                            |  | 740               |  |
| שם החבר                                                                                                                                                             |  | שם הסניף / כתובתו |  |
| הכנסת                                                                                                                                                               |  | יבנה              |  |
| <input type="checkbox"/> לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבון הפרטי |  |                   |  |

10

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> עיגור/ נכה 100% <input type="checkbox"/> פטור חלקי |
|-----------------------------------------------------------------------------|

11

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 דרישתו 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 מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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: 21/2/22 חתימת התובע \*

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

|            |            |                |            |
|------------|------------|----------------|------------|
| שם פרטי    | שם משפחה   | מספר זהות      | קרבה לתובע |
|            |            |                |            |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: |            |
|            |            | @              |            |

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פ" כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

209189051

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

**1**

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_ שעת הפגיעה: \_\_\_\_\_

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: \_\_\_\_\_

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 | מסרת יציאתו מחוץ למפעל | שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת | תפקידו |
| שעת היציאה        | שעת החזרה הצפויה       |                                    |        |

☐ תאונה בבניין: שם האתר \_\_\_\_\_ שם הקבלן הראשי \_\_\_\_\_ שם הקבלן המבצע \_\_\_\_\_

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? \_\_\_\_\_

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

**2**

שם המפעל / המעסיק \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי \_\_\_\_\_

תאריך תחילת עבודה: 8.8.2021 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: 5 היקף המשרה ב-%: 100

☐ 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

**בטלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים 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 שנכללו בשכר ברוטו |           |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|
|                               |                                     | יומי                     | חודשי |                                          | לתיקופה                                          | שם התשלום |
| חודש 8.71                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6241  | 275                                      | 8.8.21                                           | 8.8.21    |
| חודש 9.21                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8509  | 702                                      | 8-9.21                                           | 8-9.21    |
| חודש                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |       |                                          |                                                  |           |
| חודש                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |       |                                          |                                                  |           |

☐ 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: 30.9.21 סיבת הפסקת העבודה: 100

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר \_\_\_\_\_

סוג טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר \_\_\_\_\_ מספר טלפון: 050-8501401

חתימת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

TDI Trans Display Inc. Ltd  
פ.ד. 525  
050-8501401

3

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

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 \_\_\_\_\_

תאריך 20.2.22 תפקיד החותם אליה שם החותם חני קרמל חתימה וחתימת \_\_\_\_\_

**TDI**  
**Trans Display Inc. Ltd**  
חברת מס' 4315575

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:**

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמו 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)

**קיבוצי:**

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

חתימת המעסיק וחתימת ☒ \_\_\_\_\_

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

|                                                                                                                                                                      |                 |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| תאריך הפגיעה                                                                                                                                                         | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |
| 21/02/2021<br>שנה חודש יום                                                                                                                                           | 209189051       | 60       |
| שם פרטי                                                                                                                                                              | שם משפחה        |          |
| לוי                                                                                                                                                                  | היא             |          |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                 |          |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                 |          |

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 אודותי.

תאריך: 21/2/22 חתימת המבוטח \*

טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

|              |                  |                             |          |                               |            |
|--------------|------------------|-----------------------------|----------|-------------------------------|------------|
| פרטים כלליים | יחידה            | שלוחת בוחנים לכיש מחוז דרום | מספר תיק | 2021                          | 664638 /   |
| תאריך        | 23/09/2021       | י"ז תשרי תשפ"ב              | 13:58    | סינוג תיק                     | ת.ד. כללי  |
| מס' תיק מסוף | 9                | 2021                        | 4769     | מס' מסמר                      | 08-6387440 |
| טלפון        | 08-6387406       | פסק                         | מיייל    | bohanim.lachish@police.gov.il |            |
| כתובת        | הנביאים 40 אשדוד |                             |          |                               |            |
| נושא המסמך   |                  |                             |          |                               |            |

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 01/09/2021 בשעה 12:30

2. מקום התאונה: אשדוד רבי טרפון בכביש עירוני הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

|                 |                     |                   |               |              |                     |           |             |
|-----------------|---------------------|-------------------|---------------|--------------|---------------------|-----------|-------------|
| מספר רכב        | 4189355             | סוג רכב           | פרטי נוסעים   | מספר פוליסה  | 1012111348353/21-00 | תוצר רכב  | מחלקת יפן   |
| שירביט          |                     | חברת ביטוח        |               | שם           | מערבים ברכב:        | סוג לוחית | ישראלית     |
| (1) שיוך המעורב | נהג                 | ת.ז.              | 4148607       | שם           | רוזל חורש           | שנת לידה  | 19/05/1948  |
| כתובת           | נווה מבסח, החריש 39 | קופ"ח / בית חולים | אסותא - אשדוד | חומרת הפגיעה | חומרת הפגיעה        |           |             |
| מספר רכב        | 8564776             | סוג רכב           | פרטי נוסעים   | מספר פוליסה  | 251216359/21        | תוצר רכב  | סקודה צ'כיה |
| מגדל            |                     | חברת ביטוח        |               | שם           | שמאל הראל           | סוג לוחית | ישראלית     |
| (1) שיוך המעורב | נהג                 | ת.ז.              | 209169051     | שם           | שמאל הראל           | שנת לידה  | 08/03/2000  |
| כתובת           | אשדוד, רב ינאי 8    | קופ"ח / בית חולים | אסותא - אשדוד | חומרת הפגיעה | חומרת הפגיעה        |           |             |

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 19/09/2021

|                  |     |          |         |
|------------------|-----|----------|---------|
| פרטי המטכ"ל בתיק | מ"א | שם משפחה | שם פרטי |
| 60544715         | מדה | בת אל    |         |
| פרטי השומר המוסר | מ"א | שם משפחה | שם פרטי |
| 60544715         | מדה | בת אל    |         |

20-10-2021

הנועה גלדוד

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד  
מלר

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

הופק על ידי אהרו רייס יחיאל מר. 86116. 13:36 01/09/2021

מלר :  
דר' אס דברה מר. 35906 :  
אח/אחות אחראיים: מריה לין ממונב  
מס' קבלה למחלקה: 33382820

|           |                          |          |            |
|-----------|--------------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | הראל                     | ת. לידה: | 08/03/2000 |
| שם פרטי:  | שמאל                     | ת. זהות: | 209189051  |
| כתובת:    | גאי הרב 8/2, אשדוד 77650 | מין:     | זכר        |
| סלפון:    | 00                       | גיל:     | 21         |
| סוג דם:   |                          | שם האב:  | ישראל      |
| כרם מועד: | קופ"ח מכבי               |          |            |

תאריך קבלה למלר"ד: 01/09/2021  
שעת קבלה למלר"ד: 11:46  
תאריך הפקת מכתב: 01/09/2021

## סיבות פניה

13:36 01/09/2021

סיבת פניה: 0 אחר

אבחנות מסכמות

• S/P Road accident (V15.59)

## סיכום ודיון

תאריך ושעה

13:35 01/09/2021

גרשם ע"י

משא

פרטי

אהרו רייס יחיאל מר. 86116. בן 21

התקבל לאחר תאונת דרכים במנגנון חזית צד כשעתיים סרם קבלתו  
במהירות נמוכה.  
לא נפתחו כרית אוויר  
זא עצמאית מהרכב  
נחבל ישירות בחזה ממהגה.

כעת מלין על כאבי גב, כחל בגפה תחתונה מימין.

בבדיקה:

בהכרה מלאה, נימח ללא סימני מצוקה  
צוואר סימטרי, חופשי, טווח תנועה תקין. ללא רגישות ב-MIDLINE, רגישות פרה וורטברלית  
B ללא קיפוח נשימתי. ללא חבלה בחזה, ללא רגישות ממוקמת. התפשטות סימטרית של בית  
החזה  
C ללא קיפוח המודרני. ללא דימום חיצוני, ללא המטמוזות משמעותיות, ללא סימן חבלה בבטן.  
D ללא חסר ביורולוגי פוקלי או אחר.  
רגישות פרה וורטברלית ע"ש גבי  
ללא חבלות משמעותיות בגפיים עליונות או תחתונות.  
E - בבדיקה לאחר חשיפה מלאה:  
מתחלף ללא קושי.

שטן ללא מאקרוהמטוריה

לסיכום, בן 21 לאחר ת"ד בקיצוניקה קלה.  
ללא מגבלה משמעותית בתנועת הצוואר.  
ללא סימפטומים או סימנים סנסוריים על פי דרמטומים.  
אין אינדיקציה לביצוע בדיקת דימפת בשלב זה.  
ניתן הסבר על מנגנון על חבלה ועל מהלך ההחלמה הצפוי.  
ניתן ליטול תגדי כאבים, אך חשוב לחזור לפעילות חיונית מוקדם כל הניתן.  
הכאבים עלולים להתמיד, ואף להתמיד בימים הקרובים, ואז להשתפר.

**בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד  
מלרד**

**סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה**

|           |         |             |            |
|-----------|---------|-------------|------------|
| שם משפחה: | הראל    | תאריך לידה: | 08/03/2000 |
| שם פרטי:  | שמואל   | ת. זהות:    | 209169051  |
| סוג דם:   | שם האב: | מלרד        | ישראל      |

ד"ר וסט דברה מ.ר. 35906:  
אח/אחות אחראיים: מריה לזין ממוזב  
מס' קבלה למחלקה: 33382820

\*\*\* חסד רפואי \*\*\*

הובהר כי יש לשנב למלרד בדחיפות במיקרה של הסתמנות נוירולוגית: חולשת גפה, חסר תחושות / נימול, בעיה בשליטה על סגרים. או כל תלונה חריגה.

**החלטת הרפא: שחרור**

שעת חרעה למחלקה  
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה  
מקבל ההודעה במחלקה

**המלצות בשחרור**

המלצה: המלצות לאחר תאונת דרכים:  
מנחה פעילה: הפחתת עומסים, אך להמנע מממחה מוחלטת.  
נגדי כאבים לפי הצורך.  
מומלץ לשוב לפעילות יומיומית מהר ככל הניתן.  
חשוב לחזור לפעילות יומיומית במקדם כל הניתן.  
במידה והכאבים מתעצרים מעל שבועיים, ניתן לפנות לפיזיותרפיה בקהילה.  
יש לשוב למלרד בדחיפות במיקרה של הסתמנות נוירולוגית: חולשת גפה, חסר תחושות / נימול, בעיה בשליטה על סגרים. או כל תלונה חריגה.

**סימנים חיוניים**

|            |                  |
|------------|------------------|
| תאריך ושעה | 11:55 01/09/2021 |
| כאב        | 4                |

ברא בדרך כלל  
לא ידועה רגישות לתרופות  
לא ידועה רגישות לחומרים  
לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

**חתימת רפא**

|                            |             |                  |
|----------------------------|-------------|------------------|
| שם החותם                   | תפקיד       | זמן חתימה        |
| אהרן רייס יחיאל מ.ר. 86116 | רפא/ה משחרר | 01/09/2021 13:35 |

חתימת אחות משחררת



שם רפא: יחיאל אהרן רייס  
מספר רישוי: 1-85116  
ת. זהות: 209169051  
yechielr  
01/09/2021 13:36:24

DocuSign

מכתב נחתם ע"י: אהרן רייס יחיאל מ.ר. 86116

חתימה:

נתן ש. מ. עסקים, יצור עמך קשר טלפוני לתאום ביקור במרפאה או לבדיקה שהומלצה לך י קור במלרד (חדר מיון).

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד  
מלרד

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

|           |       |             |            |
|-----------|-------|-------------|------------|
| שם משפחה: | הראל  | תאריך לידה: | 08/03/2000 |
| שם פרטי:  | שמואל | ת. זהות:    | 209169051  |
| סוג דם:   |       | שם האב:     | ישראל      |

מלרד

דר' נסט דברה מ.ר. 35906 :

אח/אחות אחראיים: מריה לין ממונב

מס' קבלה למחלקה: 33382820

\*\*\* חסי רפואי \*\*\*

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במלר'ד, המטופל יחזור להמשך מעקב וטיפול אצל הרופא בקהילה.  
ביקור במלר'ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת החולים.  
בגמר הטיפול יש לגשת לדלפק הקבלה לסגירת הביקור.

לידיעתך, זימון תורם למגוון שירותים, תוצאות בדיקות וסיכום ביקורים ב"אסותא אישי" באתר בית החולים.

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד  
מלרד

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

|           |       |             |            |
|-----------|-------|-------------|------------|
| שם משפחה: | הראל  | תאריך לידה: | 08/03/2000 |
| שם פרטי:  | שמואל | ת. זהות:    | 209169051  |
| סוג דם:   |       | שם האב:     | ישראל      |

מלרד :

ד"ר וסט דברה מ.ר. 35906:  
אח/אחות אחראיים: מריה לזין ממונב  
מס' קבלה למחלקה: 33382820

\*\*\* חסוי רפואי \*\*\*

הובהר כי יש לשוב למלרד בדחיפות במקרה של הסתמנות נוירולוגית: חולשת גפה, חסר תחושות / נימול, בעיה בשליטה על סוגרים, או כל תלונה חריגה.

שעת הודעה למחלקה  
שעת העברה למחלקה

החלטת הרופא: שחרור  
מועבר למחלקה  
מקבל ההודעה במחלקה

המלצות בשחרור

המלצה: המלצות לאחר תאונת דרכים:  
מנוחה פעילה: הפחתת עומסים, אך לחימנע ממנוחה מוחלטת.  
מגדי כאבים לפי הצורך.  
מומלץ לשוב לפעילות יומיומית מהר ככל הניתן.  
חשוב לחזור לפעילות יומיומית מוקדם כל הניתן.  
במידה והסבבים מתמידים מעל שבועיים, ניתן לפנות לפיזיותרפיה בקהילה.  
יש לשוב למלרד בדחיפות במקרה של הסתמנות נוירולוגית: חולשת גפה, חסר תחושות / נימול, בעיה בשליטה על סוגרים, או כל תלונה חריגה.

סימנים חיוניים

|            |                  |
|------------|------------------|
| תאריך ושעה | 11:55 01/09/2021 |
| קאב        | 4                |

בריא בדרך כלל  
לא ידועה רגישות לתרופות  
לא ידועה רגישות לחומרים  
לא ידוע שימוש בתרופות קבועות  
חתימת רופא

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| שם החותם  | אהרן רייט יחיאל מ.ר. 86116 |
| תפקיד     | רפואה משחרר                |
| זמן חתימה | 01/09/2021 13:35           |

חתימת אחות משחררת

שם חותם: יחיאל אהרן רייט  
מספר רישון: 1-86116  
התמחות: רפואה דחופה

yechielr  
01/09/2021 13:36:24

DocuSign

מכתב נחתם ע"י: אהרן רייט יחיאל מ.ר. 86116

חתימה:

תוך שיש ימי עסקאות, ימציא עמך קשר טלפוני לתאום ביקור במרפאה או לבדיקה שהומלצה לך. יקור במלרד (חדר מיון).

| שם החותם                  | תפקיד       | זמן חתימה        |
|---------------------------|-------------|------------------|
| אהרן רייס יחיאל מר. 86116 | חפא/ה משחרר | 01/09/2021 13:35 |

חתימת אחות משחררת



שם חפא: יחיאל אהרן רייס

yechielr

מספר רישיון: 1-86116

התמחות: רישיון חפא

01/09/2021 13:36:24

DocuSign

מכתב נחתם ע"י אהרן רייס יחיאל מר. 86116

חתימה:

תוך שני ימי עסקים, יוצר עמך קשר טלפוני לתיאום ביקור במרפאה או לבדיקה שהומלצה לך ו יקר במלר"ד (חדר מיון).

## מכבי שירותי בריאות

תאריך: 12/2021

מ.ר גורם מפנה



031965

קוד הפניה: 50568635

טלפון: 08-8549549

פקס: 08-9511999

כתובת: רשב"י 15, אשדוד (חנות מס' 1)

ד"ר שטיימן מילנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

ממחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הראל

שם פרטי: שמואל

ת.ז.: 209169051

ת.ל.ידה: 08/03/2000

מין: ז

טלפון: 0504192483

טל.עבודה/ביד: 0527497949

כתובת: רב ינאי 8/2, אשדוד

מיקוד: 7765468



0209169051

## מכון פידיוטרפיה

גורם משלם: 99 (מנהלי)

תלונות: בביקור בתאריך 19/10/2021 בשעה 11:48:58  
ב-9.2021 היה מעורב בתאונות דרכים  
נחבלה בגב  
המלצה מבית חולים לפיזיותרפיה

בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

אבחנה:

• CONTUSION BACK

רגישויות: 26/03/2019 - ללא שינוי -

מעשלות: כן

סיבת ההפניה: טיפול בהקדם  
תודה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2021 עד תאריך - 26/06/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

28/12/2021

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים  
מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במסגרת הפיזיותרפיה.  
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.  
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מ.ר גורם מפנה



031965

קוד הפניה: 250568635

טלפון: 08-8549549

פקס: 08-9511999

כתובת: רשבי" 15, אשדוד (חנות מס' 1)

ד"ר שטיימן מילנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מונחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 209169051

שם פרטי: שמואל

שם משפחה: הראל

טל.עבודה/נייד: 0527497949

0504192483

טלפון:

מין: ז

08/03/2000

ת.לידה:

מיקוד 7765468

רב ינאי 8/2, אשדוד

כתובת:



0209169051

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 99 (מנהל)

תלונות: בביקור בתאריך 19/10/2021 בשעה 11:48:58

ב.9.2021 היה מעורב בתאונת דרכים

נחבלה בגב

המלצה מבית חולים לפיזיותרפיה

בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

• CONTUSION BACK

אבחנה:

רגישויות: 26/03/2019 - ללא שינוי -

מעשית: כן

סיבת ההפניה: טיפול בהקדם  
תודה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2021 עד תאריך - 26/06/2022

\*\*בא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

28/12/2021

תאריך

חתימה וחוקת

קביעת תור לטיפול ראשון - במקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים  
מיוחדים (לדוגמא - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.  
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, בא להגיע עם כרטיס מגנטי.  
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

# מכבי שירותי בריאות

תאריך: 28/12/2021

מ.ר גורם מפנה

דר' שטיימן מילנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



031965

טלפון: 08-8549549

פקס: 08-9511999

כתובת: רשב"י 15, אשדוד (חנות מס' 1)

קוד הפניה: 250568635

|                           |  |                |  |                   |  |                           |  |
|---------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:               |  | שם משפחה: הראל |  | שם פרטי: שמואל    |  | ת.ז.: 209169051           |  |
| ת.לידה: 08/03/2000        |  | מין: ז         |  | טלפון: 0504192483 |  | טל.עבודה/נייד: 0527497949 |  |
| כתובת: רב ינאי 8/2, אשדוד |  | מיקוד: 7765468 |  | מיקוד: 7765468    |  |                           |  |

## מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 99 (מנהלי)

תלונות: בביקור בתאריך 19/10/2021 בשעה 11:48:58  
ב-9.2021 היה מעורב בתאונת דרכים  
נחבלה בגב  
המלצה מבית חולים לפיזיותרפיה

בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2021 בשעה 08:47:38

אבחנה:

• CONTUSION BACK

רגישויות: 26/03/2019 - ללא שינוי -

מעשנות ; כן

סיבת ההפניה: טיפול בהקדם  
תודה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2021 עד תאריך - 26/06/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

28/12/2021

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית ) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 19/10/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



031965

קוד הפניה: 240284247

סלפון: 08-8549549

פקס: 08-9511999

כתובת: רשב"י 15, אשדוד (חנות מס' 1)

ד"ר שטיימן מילנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

|                           |  |                |  |                   |  |                           |  |
|---------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:               |  | שם משפחה: הראל |  | שם פרטי: שמואל    |  | ת.ז.: 209169051           |  |
| ת.לידה: 08/03/2000        |  | מין: ז         |  | טלפון: 0504192483 |  | טל.עבודה/נייד: 0527497949 |  |
| כתובת: רב ינאי 8/2, אשדוד |  | מיקוד: 7765468 |  |                   |  |                           |  |

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-9.2021 היה מעורב בתאונת דרכים  
נחבלה בגב  
המלצה מבית חולים לפיזיותרפיה

אבחנה:

• CONTUSION BACK

רגישויות: 26/03/2019 - ללא שינוי -

מעשגות: כן

סיבת ההפניה: טיפול בהקדם  
תודה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/10/2021 עד תאריך - 17/04/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

19/10/2021

תאריך

חתימה וחתימת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים  
מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.  
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.  
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במוזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 19/10/2021

מ.ר גורם מפנה



031965

קוד הפניה: 240284247

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

28/12/2021

ד"ר שטיימן מילנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-8549549

פקס: 08-9511999

כתובת: רשב"י 15, אשדוד (חנות מס' 1)

פרטי הנבדק:

|                           |                |                           |
|---------------------------|----------------|---------------------------|
| שם משפחה: הראל            | שם פרטי: שמואל | ת.ז.: 209169051           |
| ת.לידה: 08/03/2000        | מ.ז: ז         | טלפון: 0504192483         |
| כתובת: רב ינאי 8/2, אשדוד | מיקוד: 7765468 | סל.עבודה/בייד: 0527497949 |

**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: ב-9.2021 היה מעורב בתאונת דרכים  
נחבלה בגב  
המלצה מבית חולים לפיזיותרפיה

אבחנה:

• CONTUSION BACK

רגישויות: 28/03/2019 - ללא שינוי -

מעשלות: כן

סיבת ההפניה: טיפול בהקדם  
תודה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/10/2021 עד תאריך - 17/04/2022

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

19/10/2021

תאריך

חתימה וחתימת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוז לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ישראל ריא, מס' 20969057, מרחוב י. ינאי ז. ז. ז. ז.,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_ להיות באי כוחי במשפט של  
נגד \_\_\_\_\_ בענין תאונת דרכים מיום 1/9/21  
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 פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. טפל 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 31 לחודש 1 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

ר"ד אריאל פרייברג  
מס' רשיון: 62254  
עו"ד דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

|                                                       |                        |                                |                 |                |
|-------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------|
| חלק א'<br>אני הקתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) |                        |                                |                 |                |
| שם משפחה<br><u>י. ינאי</u>                            | שם פרטי<br><u>ליאל</u> | תעודת זהות<br><u>209169051</u> | שם האב<br>_____ |                |
| רחוב<br><u>י. ינאי</u>                                | מס'<br><u>8</u>        | עיר<br><u>אלקין</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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

|                                                                      |                                                                 |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|
| חלק ב'<br>שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____ |                                                                 |  |  |  |
| רופאים:<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____              | מכונים, מעבדות:<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____ |  |  |  |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_  
במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 31/1/22 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
X  מס' רשיון: 62254