

תאריך: 16/12/2020

ענף שכר - רח' יהודה הלוי 41 ת"א

לכבוד

גב' שמואל סמדר ת.ז. 56672413

השיריונאים 8

אשקלון, 7847012

א.ג.ב.,

בהתאם לבקשתך הננו לאשר כי עבדת במוסדנו החל מיום 17 ביוני 1979

ועד ליום פרישתך ביום 31 בדצמבר 2020.

כל זכויותיך במעמד סיום ההעסקה שולמו במסלול ההוני ואתה אינך מקבל קצבה מבנק דיסקונט.

הננו לפרט להלן את ההטבות להן את/ה זכאי/ת בכפוף להסכמים הקיבוציים:

מתנות בחגים והחזר הוצאות על תרופות על-פי קבלות בגין רכישה בניכוי השתתפות עצמית.

מעבר להטבות אלה, כאמור, אינך זכאי/ת להכנסה חודשית כלשהי מהבנק.



סופר יצחק - מנהל ענף שכר

משאבי אנוש

16 בדצמבר 2020

ענף שכר - רח' יהודה הלוי 41 ת"א

לכבוד

גב' שמואל סמדר ת.ז. 56672413
השיריונאים 8 אשקלון, 7847012

א.ג.נ.,

הננו מתכבדים לאשר בזאת כי עבדת במוסדנו החל מיום 17/06/1979.
לאור החלטת הארגון להתייעל ולצמצם את מצבת עובדיו הוצע לך לפרוש.
בעקבות פנייתנו זו פרשת ביום 31/12/2020.
בעת סיום עבודתך עסקת בתפקיד - בנקאות לקוחות - בנקאי שירות - צוות כללי.

דמי הביטוח הלאומי עבור התקופה האמורה שולמו כחוק והועברו מדי חודש
בחודשו, למוסד לביטוח לאומי, מחוז תל-אביב, לפי תיק ניכויים מספר 930000393.

בכבוד רב,

א. ס' מ' ר



סופר יצחק
מנהל ענף שכר

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס 42 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

לכבוד:

הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802
באמצעות אגף ביטוח חיים

א פרטי המבוטח הראשי					
מספר זהות ¹	שם משפחה	שם פרטי ¹	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
056672413	שמר	סמ		050-8694639	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	ת.ד.	
השירון	8	סמ	7847012		
כתובת דוא"ל של המבוטח הראשי ²					
smadarshn@gmail.com					

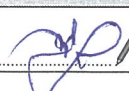
¹ חובה למלא

² ככל שבקשת הביטול דגן הינה מטעם שני מבוטחים, הפרטים המצוינים לעיל יישמשו לעדכון שני המבוטחים בעניין בקשת ביטול זו.

ב אני מבקש לבטל את פוליסת הביטוח הבאות	
פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף
פוליסת ביטוח חיים	31.12.2020
351970080	

ג אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים ³		
פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

³ יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

ד חתימות המבוטחים אשר מתבקש ביטול הפוליסה עבורם				
שם מלא	מספר ת.זהות	תאריך	חתימה	
שמר סמ	056672413	15.2.22		מבוטח ראשי
				בן/בת הזוג

לידיעתך, בקשה לביטול פוליסה תביא לביטול כל הכיסויים הביטוחיים הקיימים עבורך בפוליסה אותה הנך מבקש לבטל. בכיסויי שבוטל לא יכוסה מקרה ביטוח שאירע לאחר ביטול הכיסוי ולא תהיה זכאי לקבלת שיפוי או פיצוי כלשהו מכוח אותו כיסוי. ככל שבעתיד תבקש להצטרף מחדש לביטוח, הדבר עשוי להיות כרוך בתהליך מחדש של חיתום רפואי או אחר, בהתאם לסוג הפוליסה או הכיסוי שבפוליסה, בהסכמתה המחודשת של חברת הביטוח לבטחך בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה ביום בקשתך. כמו כן, ככל שתאושר בקשתך להצטרף מחדש לביטוח, הפוליסה שתופק לך תהיה פוליסה חדשה לכל דבר ועניין. נוכח השלכות הביטול, אנו ממליצים כי טרם העברת בקשת ביטול, תיוועץ בסוכן הביטוח שלך לקבלת הסבר נוסף בנוגע למשמעות ביטול הפוליסה ו/או הכיסוי בפוליסה שברשותך.

1.8.15

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

אשקלון

א.ג.נ.,

הנדון : שמואל סמדר ת.ז. 056672413

וועדה רפואית לעררים מיום 10.8.15.

בהמשך למכתבכם מיום 16.8.15 והרצו"ב הריני להודיעכם כי לצורך תגובה למכתבכם אבקש את צילום הפרוטוקול של הוועדה מיום 10.8.15 על מנת להעביר אליכם את תגובתי.

אבקשכם שלא לסכם את הוועדה טרם קבלת תגובתי וזו תיעשה כאמור לאחר קבלת הפרוטוקול.

שמואל סמדר.



שמואל סמדר טל 050-8694639

כתובת : השריונאים 8 אשקלון.

0	5	6	6	7	2	4	1	3	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון									
6	9								

המוסד לביטוח
לאומי



תאריך תביעה: 16/04/2015

ביטוח נכות

סיבת האבחון:

אבחון רפואי ועדה רפואית לעררים
78051

1.	סניף מגורים	סניף הועדה	מס' ועדה	תאריך הועדה
	אשקלון	רמלה	57442	10/08/2015
2.	פרטי התובע			
	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה
	שמואל	סמדר	נקבה	27/11/1960
	מספר זהות	5667241-3		
15/01/2015 מתאריך 16/08/2013 עד תאריך:				
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות 48 לשר"מ 48 מתאריך: 16/08/2013 עד תאריך:				
	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי צמיחה	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי זמנית
	25	37 - 7 ב ג		
	10	35 - 1 ב		
	15	37 - 5 א ב		
	8	41 - 4 א ב		

3.	מסמכים וחוות דעת			
	תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

4.	פרטים על עבודה	
	עובד כיום לא	כן, סוג העבודה
	מקום העבודה:	היקף משרה: שעות ביום
5.	פרטי הדיון	
	התובע נכח בדיון	התובע הוזמן ולא הופיע
	בעת הדיון נוכח גם:	מס' רישיון
	מלווה: שם	קרבה
	פרטי התובע והזהות אומתו לפי	דרכון
	האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה?	לא
	הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע, הסיבה	
	הדיון לא מתקיים. הסיבה:	התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו
	הדיון נפסל. הסיבה:	

תאריך הדפסה 10/08/2015

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
שמואל סמדר	5667241-3	57442	10/08/2015

.6

[illegible]

נימוקי הערעור:

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

שמות הפוסקים הרפואיים:

אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: _____ כן _____ לא, הסיבה

חתימת התובע

תאריך הדפסה 10/08/2015

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
שמואל סמדר	5667241-3	57442	10/08/2015

דרישה למידע רפואי נוסף (ימולא ע"י הרופא)	
המידע הנדרש לאבחון נוכחי (הפסקת דיון)	1. הפעולה הנדרשת - האולפן
לאבחון הבא	3. 4.

תוצאות האבחון - ההחלטה											
הליקויים הרפואיים מצורף פירוט המשך ליקויים: כן _____ לא _____											
הליקויים	סעיף במבחנים		מורחב	חריג	אחוזי הנכות	מנוחה	נכות ושר"מ	נכות בלבד	נכות רפואית		האם הליקוי נובע מהתאונה?
	עיקרי	משנה	מ	ח		0	2	1	מתאריך	עד תאריך	כן
טאבי רב	34	75			10						
טאפי צואה	37	75			10						
טריסק צואה	35	75			5						

בהיעדר נתונים מספיקים לא ניתן לקבוע אחוזים לליקוי לתקופה מ (תחילת הליקוי) עד

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל			
תאריך	הנכות הרפואית המשוקללת (לנכות)	יציבה/זמנית	מתאריך עד תאריך
		יציבה _____ זמנית _____	

הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו			
התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	כן	לא	
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי			לברר עם גורם מטפל
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה			לברר עם גורם מטפל
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?			נמק:
מומלץ ליזום תביעה לניידות ?			הוגשה תביעה
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?			

מומלץ ליזום תביעה לשר"מ * כן _____ לא _____ הוגשה תביעה
אין להמליץ על תביעה לשר"מ למי שלא צבר 60% משוקלל לפחות, לפי רשימת הליקויים לשר"מ

חתימת חברי הועדה הרפואית			
תאריך: 10/08/2015	שם הרופא: פרופ אלירז אברהם	מומחיות: פנימאי	חתימה וחותמת
תאריך: 10/08/2015	שם הרופא: ד"ר דרנל אדם	מומחיות: פסיכיאטר	חתימה וחותמת
תאריך: 10/08/2015	שם הרופא: ד"ר אבו סנינה עבד	מומחיות: אורטופד	חתימה וחותמת
תאריך: 10/08/2015	שם מזכיר הישיבה		

תאריך הדפסה 10/08/2015



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נכות

סניף אשקלון
מפון מנה נכות בלתי

לכבוד

תאריך 16.8.15.
מספר זהות 5067241

סמך נסיון
הסיון 8
אשקלון 4847012

הנדון: השהיית דיון בערר על החלטת לצה נפואית מתאריך 15.1.15

אנו מביאים לידיעתך כי הועדה הנפואית בפניה הופעת בתאריך 10.8.15
שוקלת אפשרות להפחית את האחוזים הנפואים שנקבע לך בתאריך 15.1.15
ההפחתה היא ביחס ל כלל האמצעים

בטרם תתקבל החלטה סופית, אתה יכול להמציא לועדה, בתוך 30 יום מסמכים והוכחות לחיזוק טענותיך כנגד ההחלטה.

כמו-כן, אתה יכול להודיע לועדה על ביטול הערר. במקרה זה לא תמשיך הועדה לדון בערר, ואחוזי הנכות הרפואית או דרגת אי הכושר שנקבעו לך ישארו ללא שינוי.

לתשומת ליבך, אם לא נקבל הודעה בכתב על דבר ביטול הערר, יימשך הדיון בעניינך והועדה תהיה רשאית להחליט בערר שלא בפניך, זאת בכפוף לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות) (סמכויות ועדה רפואית לעררים ועדה לעררים התשמ"ד-1984).

הודעה על מועד המשך הדיון של הועדה לעררים תשלח אליך בנפרד.

לנהל אחלפה (כוח בלתי)
תפקיד לנהל אחלפה
שם משפחה ופרטי לנהל אחלפה

בכבוד רב,
חתימה וחותמת לנהל אחלפה

העתקים: - לתיק

- לסניף המטפל

-

בבית הדין האזורי לעבודה
בבאר שבע.

בעניין: שמואל סמדר ת.ז. 056672413
שמענה לצורך המצאת כתבי בי-דין:

השירותים 8 אשקלון.
טלפון: 050-8694639



המערערת

המוסד לביטוח לאומי אשקלון
באמצעות פרקליטיו

המשיב

מהות התביעה: ערעור על החלטת וועדה רפואית.

הודעת ערעור

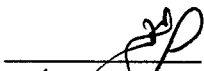
מוגשת בזאת לבית דין נכבד זה הודעת ערעור על החלטת הוועדה הרפואית לערערים – שירותים מיוחדים מיום 15.1.15 אשר קבע כי התביעה לשירותים מיוחדים נדחית.

ואלה נימוקי הערעור:

1. המערערת סובלת קשות מפגיעה בע"ש צווארי וע"ש מותני מאז שנת 2009.
2. מצבה היה קשה ביותר והיא נאלצה לבצע ניתוח בע"ש מותני ביום 22.7.2010.
3. לדאבונה של המערערת ניתוח זה לא צלח והיא נותרה עם מגבלות קשות ב – ע"ש צווארי וע"ש מותני.
4. אור מצבה הקשה נאלצה המערערת לעבור טיפולים רבים הכוללים: הידרותרפיה, פיזיותרפיה, כירופרקט, טיפול אלטרנטיבי – מחטים, הזרקות תחת שיקוף בבית החולים תל השומר ועוד.

5. כמו כן נאלצה המערערת לפדות כ – 500 ימי מחלה לאור מצבה הקשה לאורך השנים .
6. בצר לה ולאור מצבה הקשה פנתה המערערת בתביעה לשירותים מיוחדים ותביעתה למעשה נסבה על שתי טענות :
7. טענה ראשונה – יש לקבוע שירותים מיוחדים לכל תקופת העבר בהם נאלצה לקחת כ – 500 ימי מחלה.
8. השנייה – שירותים מיוחדים לעתיד לאור מגבלותיה ולאור העובדה שעד היום ממשיכה לפדות ימי מחלה
9. הוועדה הרפואית לערערים לא התייחסה כלל לכל נושא העבר הרפואי, תעודות אי הכושר, אישור בגין פדיון ימי מחלה, מצבה הקשה עקב הניתוח והטיפולים ובחרה להתעלם מנושא העבר לחלוטין ובכך טעתה.
10. הוועדה הרפואית לערערים לא התייחסה לחומר הרפואי שבפניה, לניתוחים הרבים ולחומר הרפואי הרב שהיה בפניה.
11. בית הדין הנכבד מתבקש לקבל את הערעור ולקבוע כי המערערת זכאית לשירותים מיוחדים ולחלופין להחזיר את התיק לוועדה לשירותים מיוחדים בהרכב אחר תוך הנחייה שיש להתייחס בנפרד לעבר ובנפרד להווה ולעתיד בהחלטתו.

מצ"ב פרוטוקול הוועדה הרפואית.


סמדר שמואל

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 08-6741158
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

נכות

www.bil.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: אשקלון
הנשיא 101
אשקלון 7832810



תיק: 05667241-3

דף 1 מתוך 1

לכבוד
סמדר שמואל
השריונאים 8
אשקלון 7847012

771-014-234

תיק: 05667241-3

ח' בשבט, תשע"ה
28 בינואר 2015



-- רשום --

הנדון: קצבת שירותים מיוחדים - תביעתך מ- 16/11/2014

אנו מביאים לידיעתך, כי דחינו את תביעתך לקצבת שירותים מיוחדים בהסתמך על תקנה 10א(א) לתקנות הביטוח הלאומי (מתן שירותים מיוחדים), התשל"ט - 1978.

הסיבה לדחייה היא כי נקבעו לך פחות מ- 75% נכות רפואית רופא מוסמך קבע לך 48% נכות רפואית לצורך שירותים מיוחדים (החל מיום 16/08/2013).

אם חלילה תחול החמרה במצבך הרפואי, ניתן להמציא אישורים רפואיים חדשים המעידים על החמרה, ונבדוק זכאותך על פי כל תנאי הזכאות הקבועים בחוק. לנוחותך, מצורף העתק פרוטוקול הוועדה הרפואית.

זכותך לערור על החלטה זו בפני ועדה רפואית לעררים בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. ערר מנומק בכתב יש להגיש בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. הוועדה לעררים רשאית לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה הזו.

אם הוועדה תקבע לך יותר מ- 75% נכות רפואית, תיבחן זכאותך מחדש.

בכבוד רב,

שפרן נאור
פקיד/ת תביעות
נכות כללית

56672413 מס' זהות / דרכון 25 סוג מסמך	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	סיבת האבחון תביעה ראשונה תביעה חוזרת לאחר דחייה תום זמניות מ שר"מ בדיקה מחדש למקבל קצבה
---	--------------------------------------	--

המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכות

ת. תביעה: 16/11/2014
תביעה ראשונה
אבחון רפואי



1 סניף מגורים אשקלון סניף הועדה רחובות מס' ועדה 43027 תאריך האבחון 15/01/2015

פרטי התובע

שם משפחה

שמואל

שם פרטי

סמדר

מין

☐ זכר ☒ נקבה

תאריך לידה

27/11/1960

מספר זהות

56672413

כתובת

רחוב

השריונאים

מס' בית

8

דירה

תא דואר

יישוב

אשקלון

מיקוד

7847012

טלפון קווי

טלפון נייד

508694639

מסמכים שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

1. 21.8.11

החזרה לשלשן לראיית סיכום

27.4.14

ה' אב תשע"ד

2. 2.11.14

33 בלתי

11.5.16

ה' אב תשע"ד

3. 20.2.14

MMI

8.10.14

ה' אב תשע"ד

4. 24.2.14

פרטי

5. 19.6.12

כרטיס יסודי

6. 6.3.14

אורטל פד

פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:

☐ נפגעי עבודה

☐ נפגעי איבה

☐ אחר

אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות

לשר"מ

מתאריך:

עד תאריך:

אחוז לסעיף

סעיף ליקוי צמיתה

אחוז לסעיף

סעיף ליקוי זמנית

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה:

☐ סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים ☐ מעל 90% נכות רפואית ☐ הסכמת התובע ☐ סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה

שם התובע שמואל שמדר	מספר זהות 5 6 6 7 2 4 1 3	מס' ועדה 43027	תאריך האבחון 15/01/2015
---------------------------	------------------------------	-------------------	----------------------------

6 אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐

בעת הדיון נוכח גם: ☐ עו"ד: שם _____ מס' רישיון _____
☐ מלווה: שם _____ קרבה _____ ת.ז. _____

☒ האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם דופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא _____

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מהות ההזמנה
☐ הועדה נפסלה, הסיבה: _____

אישור הרופא המוסמך: _____ מזכיר הישיבה: _____ תאריך: _____

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):

בת 55, סבלת לפני פרצות זיסק, זה התחיל ב-2008 גוף פרצות זיסק צווארי, ב-2009 התחיל בעצם בלתי מכוונה ללכת
 אקטית נפשונית, היכולת, כחלופה, ביקור
 גילית נחת מאיבת זיסק, לא עצה
 סבלת גם עם בעיה בנחש ואמרוק, של פה נפוצין
 אי נבילות ללכת
 כהן שנה (תלצו) חוצץ הייתי בבית משכנת

האם התובע עובד כיום?	☐ לא ☒ כן	תאריך הפסקת עבודה _____ סיבה: _____ סוג עבודה אחרונה _____ תקופת עבודה (חודשים/שנים) _____
השכלה	מספר שעות עבודה ביום 5	ימים בשבוע חצי משרה
הכשרה מקצועית	סוג עבודה נוכחית פרצות זיסק	מתאריך _____
	מספר שנות לימוד 12	סוג תעודה _____
	סוג ההכשרה _____	

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: ☒ כן ☐ לא, הסיבה _____

שם הרופא המוסמך: שואב לב _____

חתימת התובע * _____ חתימת המלווה * _____

בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא * _____

[illegible]

תאריך	תחום רפואי	האם הועדה מקבלת חוות הדעת?
		הערות/ נימוק: _____ כן ☐ לא ☐
		הערות/ נימוק: _____ כן ☐ לא ☐
		הערות/ נימוק: _____ כן ☐ לא ☐
		הערות/ נימוק: _____ כן ☐ לא ☐

סיכום דיון/נימוק: ☐ לא ☐ לא
תחתון (אביב ברת) ואחרון ימין מלכה יריב
זוטרי אבג

דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:

דרישה למידע רפואי נוסף לאבחון הבא :

שם התובע
שמואל
סמדר

מספר זהות

מס' ועדה

תאריך האבחון

15/01/2015

43027

5 6 6 7 2 4 1 3

12

הליקויים הרפואיים

מצורף פירוט המשך ליקויים: ☒ כן ☐ לא

האם הליקוי גובע מהתאונה?	נכות רפואית	נכות בלבד	נכות ושי"מ	מנופה	אחוזי הנכות	חריג	מוראם	סעיף במבחנים		הליקויים
								עיקרי	משנה	
* לא	כן	1	2	0	15	ח	מ	37	5-א-ב	כאבים בצוואר
* לא	כן	1	2	0	8	ח	מ	41	4-א-ב	כאבים כתף ימין
* לא	כן	1	2	0	10	ח	מ	35	1-ב	מחנק טנטי ימין
* לא	כן	1	2	0	25	ח	מ	37	7-ב-ג	פרכיות צוואר ימין
* לא	כן	1	2	0		ח	מ			
* לא	כן	1	2	0		ח	מ			
* לא	כן	1	2	0		ח	מ			
* לא	כן	1	2	0		ח	מ			

* לבירור הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל

לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך	יציבה/זמנית
48	46	15.1.15		☒ יציבה ☐ זמנית

13

הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו

☐ התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	☒ כן	☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
☐ התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	☒ כן	☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
☐ התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	☒ כן	☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
☐ מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?	☒ כן	☐ לא	☐ הוגשה תביעה
☐ מומלץ ליזום תביעה לניידות?	☒ כן	☐ לא	☐ הוגשה תביעה
☐ האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	☒ כן	☐ לא	נמק':
☐ האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?	☒ כן	☐ לא	

חתימת הרופא המוסמך:

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של התובע.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.

ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

ד"ר שמואל סמדר
מומחה לרפואת אורתופדיה
מ.ר. - 23585
ה.נ. - 574382274

תאריך 15/01/2015 שם הרופא שואב לב מומחיות אורטופד חתימת וחותמת *

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 15/01/2015 שם מזכיר הישיבה מנחם סיגל חתימת וחותמת * מזכירת הישיבה

תאריך 22/7/10

סכום מחלה - קובילציה

LOW BACK PAIN + SCIATICA

HERNIATED DISC

PERC.DISCECTOMY

אבחנות:

ניתוח:

סוג הרדמה: כללית

מהעבר: כאבי גב מלווים בהקרנת כאבים לרגל ל. כאבים מלווים

בפרסטיות ל וחולשה לרגל ל

הגבלה בתנועות עמוד שדרה ל, לסג חיובי ב ל

בדיקה נוירולוגית: כח גס ל רגישות שטחית ל רפלקסים ל

רפלקסים פתולוגיים ל

בדיקת CT: ל

בדיקת MRI: ל בצילום

מהלך לאחר הניתוח: תקין ☒ פצע ניתוחי ל

בדיקה נוירולוגית לאחר הניתוח ל

המלצות:

1. מנוחה ליום.
2. תפקוד כפי יכולתך
3. חזרה לתפקוד מלא בהדרגה
4. TAB. NAXIN 500mg. X 2/day
6. ביקורת במרפאה ב ל

ד"ר ר. גפשטיין
מ. ר. 13794

MODE = MEMORY TRANSMISSION

START=20-JUN 08:09

END=20-JUN 08:10

FILE NO.=447

STN NO.	COMM.	ONE-TOUCH/ ABBR NO.	STATION NAME/TEL NO.	PAGES	DURATION
001	OK	2	036243574	001/001	00:00:28

***** - ***** - *****

1

Prof. Yigal Mirovsky
Orthopaedic Surgeon
& Spine Surgery
"Merchaz Rishonim"
Hanachshol 30 Rishon Le-Zion

פרופ' יגאל מירובסקי
אורטופד מומחה
ומחלות עמוד שדרה
"מרכז ראשונים"
רח' הנחשול 30 ראש"צ

Tel. 03-9531029 טל.
Fax. 03-9531954 פקס.

19.06.2012

הנדון : שמואל סמדר תז: 056632413
טל- 050-8694639

אבחנה

LBP and Lt. Leg Pain due to L3-L5 Discopathy.

סימפטומים

בת 51, פקידת בנק, סובלת מכאבי גב תחתון כבר 3 שנים. הכאבים מקרינים לרגל שמאל ולאחרונה נוספו להם הקרנות לרגל ימין.
MRI עברה הזרקות סלקטיביות לשורש וגלי רדיו

ברקע

בריאה

בבדיקה

קיימת רגישות מותנית תחתונה ובעכו משמאל המלווה בהגבלה בתנועות. ניתן להפיק את הכאב ביישור ובכיפוף. מבחן הרמת רגל ישרה נמצא שלילי התחושה, כח השרירים והחוזר אכילס ופיקה נמצאו תקינים משני הצדדים.

מבדיקות העזר

1. MRI של עמוד שדרה מותני מ20.10.10 המדגים בלטי דיסק בגבהים L3-L4 ו-L4-L5.

לסיכום

מדובר בפקידת בנק בת 51, הסובלת מכאבי גב כרוניים בגב התחתון המקרינים לרגל שמאל על רקע דיסקופטיה מותנית ב-L3-L5. אין לה חסר נוירולוגי אך עבודתה בישיבה בהחלט לא תורמת למצבה. ניסחה עד כה את כל מגוון הטיפולים השמרניים אך ללא שיפור במצבה. אינני רואה כרגע מקום לניתוח. יש מקום להמשיך ולעבוד על שיפור היציבה בפילאטיס או פלדנקרייז. תרגילי גב והידרוטפיה. ניתן לנסות גם טיפולים בדיקור ושיאצו ולחזור על ההזרקות הפסטליות ב-L4-S1.
יש מקום להתאים לה כסא אורטופדי ומנוע ממנה ישיבה ממושכת. תמשיך בהצי מישרה.

המלצות

1. T.Lyrica 75mg.X1 ובאם אין תגובה לעלות בהדרגה ב- 75 mg כל שבוע עד למינון כולל של

300mg מחולק בשתי מנות.

פרופ' יגאל מירובסקי
אורטופד מומחה
מרכז ראשונים
רח' הנחשול 30 ראש"צ
10242

בכבוד רב
פרופ' יגאל מירובסקי

Bu7rans

5 µg/h ■ 10 µg/h ■ 20 µg/h
Buprenorphine Matrix Transdermal Patch
לטיפול בכאב כרוני בינוני-חזק המצריך טיפול אופיואידים

22/2/10

הרופא: אמיל - סמיר

כאשר נדרש לטיפול אופיואידים
בסך כמות של 100 מ"ג
יש להשתמש ב-2 פצצות של 50 מ"ג
אין להשתמש ב-1 פצצה של 100 מ"ג
הן בשל אורך הפצצה והן בשל
הכמות המדויקת של האופיואידים
הנדרשים לטיפול. יש להשתמש
בפצצות של 50 מ"ג בלבד.

רופא: אמיל - סמיר
מספר סוכן: 10242
מספר מזהה: 13101



מנכ"ח: רפא מנחם
www.rafa.co.il

הכאב יצא לשבוע חופש

מרכז רפואי ראשון-לציון



מ ז כ ר

הרואט היילע

אל:

אל-הארץ

מאת:

הרצין שמשל - סגור

לפי שחשתי כי צריך להודיע, וכן ועד
אשר יבחרו בגל שמשל אשר יבחרו שמשל יבחרו
ואשר יבחרו שמשל יבחרו

בכבודי יבחרו שמשל יבחרו

(כיום - שמשל יבחרו שמשל יבחרו)

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

הוא יבחרו שמשל יבחרו שמשל יבחרו

נשמח להפגיש אתכם ביום שני 27/5/2013

27/5/2013

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי - מחלקת נפגעי עבודה

סניף אשקלון, הנשיא 101

הנדון: תביעה לדמי פגיעה מיום 2/5/2013

שמואל סמדר, ת.ז. 056672413

בהמשך למכתבכם מיום 16/5/2013, מצורף השאלון המלא ששלחתם אליי.

אבקש להמשיך ולטפל בתביעתי.

תודה מראש

שמואל סמדר

השריונאים 8, אשקלון

391



המוסד לביטוח לאומי

סניף : אשקלון
כתובת : הנשיא 101
טלמון : 6050 *פקס : 08-6741131

תאריך : ז' סיון תשע"ג 16/05/2013

מספר תיק : 05667241/3
תאריך פגיעה : 02/05/2013

לכבוד :
גברת סמדר שמואל
השריוטאים
בית 8
אשקלון מיקוד 7847012

א.ג.ג.

הנדון : תביעה לתשלום דמי פגיעה

כדי להבטיח טיפול מהיר בתביעתך, אבקשך למלא את השאלון המצ"ב על כל פרטיו ולחשיבו אלינו
תוך 21 יום מתאריך קבלת מכתבנו זה.
אי מילוי כל הפרטים יעכב את הטיפול בתביעתך.

בכבוד רב
חמו אהרן
פקיד תביעות נפגעי עבודה



המוסד לביטוח לאומי

סניף : אשקלון
כתובת : הנשיא 101
טלפון : 6050 *פקס : 08-6741131

תאריך : ז' סיון תשע"ג 16/05/2013

מספר תיק : 05667241/3

תאריך פגיעה : 02/05/2013

לכבוד :

גברת סמדר שמואל

השריונאים

בית 8

אשקלון מיקוד 7847012

א.ג.נ.

הנדון : תביעה לתשלום דמי פגיעה

כדי להבטיח טיפול מחיר בתביעתך, אבקשך למלא את השאלון המצויב על כל פרטיו ולחשיבו אלינו
תוך 21 יום מתאריך קבלת מכתבנו זה.
אי מילוי כל הפרטים יעכב את חטיפול בתביעתך.

בכבוד רב

חמו אושרת

פקיד תביעות נפגעי עבודה

המוסד לביטוח לאומי
סניף אשקלון
מחלקת נפגעי עבודה

שאלון למבוטח בגין מיקרוטראומה - גב

1. היכן אתה עובד? בית ביסקוט באשטמן

2. ציין תאריך תחילת עבודתך במפעל ז"ו 1979

3. כמה ימים בשבוע? 5 כמה שעות ביום? 5

4. מה מקצועך / תפקידך? פס יז אישטאי

[illegible]

הציונה של כ"ג ר"ז ציונה כוונתו מרובא העסקי - עלו
מאת 15. על עמי 3 שנים עמי שיתחילו וכו' וזה שמו
אני סופר, היינו מרימה משא - כמו קופסא, שקיס של 1000/מספר
קיסרים קצרים ועמי כס, ציונה ציונה 10 נמשך חמשה
א- של שנים.

ה'יום ומאז שוותו נקיות הים ומאז שיש לי אישור מרופא גלילסוויי אני לא מניחה דבר.

3. עבודה הכרוכה בהרמת חפצים / משאות

1. באלו משאות מדובר? תאר פרט המשאוי שלי הוא מניפה, קופסה, שתיים של נספים/מטבח (500 מטבח כולל) 3-4 שתיים בלבד
(סוג), תאריך

2. מה משקל המשאות? הוא יוצא אין עינייה

3. האם מדובר במשקלים שונים? נא לפרט
☐ כן ☐ לא כל שתי שתיים אחת המשקלים
☐ כן ☐ לא הוא שונה למרות עם מטבחיים ויש

4. מהיכן עליך להרים את המשא? מניפה שלי קר אלסמר

5. לאן ולאיזה מרחק עליך להעביר, להניח את המשא?
מרחק של 10-20 מטר

6. כמה פעמים ביום אתה מרים / נושא את המשא? לפי כליה כל סוף יום
ובאיזו תדירות

7. במהלך היום, כמה זמן אתה עוסק בפעולות אלו? 10-15 דקות

8. האם פעולת החרמה / נשיאת המשא נפריקתו נמשכת ברציפות לאורך כל היום?
הפעולה סגור תלסרים בן (גיון) משתנים לזמנים כל יום

9. אם לא – האם בין החרמות אתה מבצע פעולות נוספות? – פרט
☐ ישירות ממשע ☐
☐ ☐

10. האם אתה נעזר בכלי עבודה לביצוע העבודה? לא

11. באילו כלים אתה משתמש? פרט *
☐ ☐
☐ ☐

ד. פרטים על הטיפול הרפואי

1. ממותי אתה סובל מכאבי גב? 3 וחצי שנים

2. מותי פנית לטיפול רפואי בגין כאב הגב? מהרגע שהחלתי את הטיפולים

3. נא ציין את שמות המוסדות הרפואיים אליהם פנית לקבלת הטיפול הרפואי

☐ בית גהס ☐ וקופ"א מנחת

☐ מזרח סנטר הצלה

4. נא ציין את שמות הרופאים המטפלים: תחום מומחיותם, וכתובת מרפאתם

☐ שם הרופא פרופ' נירוסקי מומחיותו אונקולוגיה כתובת זרע"א מאחזת כסאסן

☐ שם הרופא פרופ' קובלסון מומחיותו אונקולוגיה כתובת מזרח סנטר הצלה

☐ שם הרופא מומחיותו כתובת

5. אילו טיפולים קיבלת בגין כאבי הגב?

☐ זריקות ☐ הידרותרפיה

☐ כירורגיה ☐ רפואה סימפטומטית

6. אם אושפזת נא ציין את מקום האשפוז תאריך האשפוז

נא לצרף: סיכום מחלה, תוצאות בדיקות (C.T.; M.R.I.; צילומי רנטגן) וכל מסמך רפואי שקשור לכאבי הגב

ה. פרטים על מקומות עבודה קודמים

1. נא ציין את תקופת העסקתך במקומות עבודה קודמים

☐ שם מקום העבודה תפקידך משנה עד שנה

☐ שם מקום העבודה תפקידך משנה עד שנה

☐ שם מקום העבודה תפקידך משנה עד שנה

2. נא תאר בדף נפרד את אופי עבודתך בהתאם לסעיפים ב' ו-ג'

הערות:

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים

ידוע לי כי מסירת פרטים שאינם נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

תאריך: / / שם פרטי ושם משפחה: מאיר מאיר חתימה: [חתימה]

כל/297א



אגף משאבי אנוש
רח' יהודה הלוי 41 ת"א 65157 טל': 03-5146784 פקס': 03-5146761

תאריך: 27/08/2012

לכבוד

מנהל/ת ברזילי שלוחת אשקלון

שלום רב,

הנדון: אישור רפואי - הגבלת שעות עבודה מכתב המשך

בהמשך למכתבנו מתאריך 24/06/2012,

הננו להודיעך כי בהתאם לאישור רפואי ע"ש גב' שמואל סמדר אישרנו לה המשך עבודה של 5 שעות ליום עבודה וזאת מ-1 באוגוסט 2012 ועד 31 במאי 2013 (כולל).

עפ"י האישור הרפואי אין להעסיק את העובדים מעבר לשעות אלו.

בתקופה זו ישולמו השכר וההטבות יחסית לשעות העבודה בפועל.

נא להביא תוכן מכתב זה לידיעת העובדת.

בכבוד רב,

סגנית מנהל מחלקת שכר

העתק: מנהל/ת מ"א חטיבתי / מתאם כ"א במרחב/אגף



א ג ה מ ש א ב י א נ ו ש
רח' יהודה הלוי 41 ת"א 65157 טל': 03-5146784 פקס': 03-5146761

תאריך: 27/08/2012

לכבוד

גב' שמואל סמדר - ת.ז. 56672413

רח' השיריונאים 8,

אשקלון 78470

ג.נ.,

בהתאם לבקשתך, הננו לאשר כי הינך עובדת קבועה במוסדנו החל מ-17 ביוני 1979,
להלן שיעורי המשרה החלקית בתקופת עבודתך בבנק:

- 64.51%, מ-01 באוגוסט 2012 ועד היום.

בכבוד רב,


עופרה גוטמן

סגנית מנהל מחלקת שכר

סיכום ביקור

תאריך: 26/10/2011

פרטי המטופל		שמואל סמדר	
שם משפחה ושם פרטי	00-05667241-3	נ	50.11
ת.ל.ידה	27/11/1960	מין	גיל
שם האב		מס זהות	
ישוב		רחוב	
מס בית		טלפון	

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/10/2011
 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
 מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מוסרת כי מתאריך 5.12.09 החלה לסבך מכאבים חדים ברגל שמאל בגללם פנתה לחדר המיון. הכאב הקרין לכיוון כף הרגל היו נימולים ובהמשך החלו גם כאבי גב תחתון. הכאב ברגל מתואר כשורף/צורב. טופלה באמצעים שונים כולל זריקות אפידורליות. המשיכה עם טיפולי כירופרקטיים ובתאריך 22.7.10 עברה גם שאיבת דיסק שלא שפרה כלל את כאביה. לפני מספר חודשים עברה גם טיפולים בגלי רדיו שאף הם לא עזרו לה. מצבה כיום: עובדת 5 שעות (פקידה בבנק) בלבד בגלל מצבה. הכאב ברגל עדיין קיים ומחמיר בכל פעם שמנסה לעבור משיבה לעמידה. הכאב מקרין לשוק הדיסטלי, יש נימול ברגל בעיקר בלילה. יש החמרה בשיעול ועיסוש עם בריחת שתן קלה, צולעת במקצת בהליכה. לוקחת טרמדקס ונורופן מדי פעם בשל הכאב, לאחרונה לקחה נורופן שלושם. איכות השינה שלה לא טובה. מתעוררת תדיר בגלל הכאב. רקע: בריאה.

בדיקה גופנית: הליכה בתבנית תקינה עם צליעה ניכרת על רגל שמאל. בדיקת הגב התחתון: בהתבוננות: ללא ליסט או עיוות חיצוני כלשהו, מישוש וניקוש יש ספזם שרירי מוגבר, אין רגישות גרמית מיוחדת כלשהי, בבדיקת טווח התנועה: מוגבלת בכל המישורים. בדיקת הגפיים התחתונות: בהתבוננות: מראה תקין, ללא דלדול של השרירים, ללא עיוות חיצוני משמעותי כלשהו. מבחן SLR מוגבל משמאל, כוח גס שמור במרבית קבוצות השרירים ברגליים בדרגה 5/5 יש חולשה קלשה של פרונאליים משמאל, תחושת כאב ומגע ירודה בעיקר לפי L5 משמאל, החזרי פיקה תקינים בשתי הרגליים, החזר אכילס הופק מימין, חסר משמאל, לא הודגם קלונוס והחזר ע"ש בבינסקי חסר. מישוש הדפקים הפריפריים תקין, תנועת מפרקי הירכיים והברכיים מלאה ותקינה.

תוצאות הדמייה: בבדיקת MRI מלפני שנה: שחיקה ניוונית ישנה, לא קשה, של דיסק L5-S1 ללא לחץ שורשי משמעותי. שחיקה + פריצה של דיסק L4-5 שמאל.

קוד	אפיון
7221	אבחנה
	HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC LUMBAR SACRAL

סיכום ביקור

שמואל סמדר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

26/10/2011

הודפס ע"י דר' נסים אוהנה

00-05667241-3

דיון/תוכנית טיפולית: למטופלת כאב שורשי ניכר משני לפריצת דיסק L4-5 שמאל. הוסבר כי לאור משך סבלה ניתן לשקול ניתוח שיכלול כריתה + קיבוע של דיסק L4-5. הסברתי לה כי ייתכן ולאור משך סבלה עד כה, יוותר חלק מסויים מהכאב ברגל גם אח"כ. היא מעוניינת עקרונית - ממליץ שתבצע בדיקת MRI עדכנית של הגב התחתון.

בברכה,

ד"ר נסים אוחנה

24645 מ.ר.מ. 17343

מס' רשיון

שם הרופא

חתימה וחתימת הרופא

ד"ר נסים אוחנה
אורתופד מדר
24645
מנהל יחידת כירורגיה
מדר

~~סגור~~

שלש לקט

תאריך: 25/11/25

גל: גיוס המל

טלפון:

זאת: אורחובר

נדון: אמואל סמך

סיום מראשית בני המכון המדעי
עמל עמל

עבר מראשית המלך סוף קיס
גל-גל 7 גל-גל

אין כבודי מראשית מורחם
תורח מראשית מורחם

מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית

ביקור מראשית
מראשית

פרופי נאח פנחבסקי
אורחובר מורחם
מראשית מראשית מראשית

25/11/25 מראשית

מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית
מראשית מראשית מראשית



22/07/10
10075448
NUCLEOTOMY
מאוחדת - קופ"ח
פר. ראובן גפסטיין
חדר צינתור
HERZLIYA MEDICAL CENTER

סכום מחלה - קובילציה

PERC.DISCECTOMY

ביתוח:

סוג הרדמה: כללית

מהעבר: כאבי גב מלווים בהקרנת כאבים לרגל CC. כאבים מלווים

בפרסטזיות אחולשה לרגל של

הגבלה בתנועות עמוד שדרה ^ט לסג חיובי ב ^ז

בדיקה נוילוגית: כח גס 44 רגישות שטחית 1 רפלקסים ✓

רפלקסים פתלוגיים

בדיקת CT:

בדיקת MRI:

ממהלך לאחר הביתוח: תקין

בדיקה נירולוגית לאחר הניתוח

המלצות:

1. מנוחה ליום.
2. תפקוד כפי יכולתך
3. חזרה לתפקוד מלא בהדרגה
4. TAB. NAXIN 500mg. X 2/day
6. ביקורת במרפאה ב

ד"ר ר. גפשטיין
מ.ר. 13794

מק"ט 2240020:9

מיון : מיון כללי / מיון אורתופד מקרה: 1577888

מ.ז. : 5667241-3 שם: שמואל סמדר

אב : בנין כתובת: השריוטאים 8 אשקלון

סוג : אזרח ישר טל: 0508-694639 ת.לידה: 27.11.1960

קופ"ח: מאורחות כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: לא

סיבה : מחלה

ת.קבלה: 05.12.09 18:04

מפעיל: MOUN2



מרכז רפואי ברזילי

מדינת ישראל

משרד הבריאות

המרכז הרפואי ברזילי

אשקלון, 78278, ישראל

מסוגף לפקולטת למדעי הבריאות

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

המחלקה לרפואה דחופה - מכתב שחרור

פאפא/אס

18:40

שעת הבדיקה:

אנמזה: 3- מים מרובים כאבים במחית מותניים, שחריונים, כלל הדם

הסמנים, אצל'ן של כאבים בטוסי ומצבים ירך

לפני שנה. סובל מ-8 אירסר (כעיות סאמר לשפרה)

מצב כללי טוב ירוד

כחלון / חוורון / צהבת / קוצר נשימה / הזעת לא הכרה מלאה / עשנוני / סטופור / קומה

חום 36.8 PO PR דופק 89 ליד 135/75 נשימות 12

ממצאים עיקריים בבדיקה גופנית: ריאות - ביטול סיכור תקינה

לב - קוצר נשימה

לב - ריבוי של ראשית

לא מוסר (פרוצדור) לא מהר, לא קרה, נחוש דופק הכל בתמונת הקף הדם

לא נוסחה, לא סימן צלילי

א.ק.ג. תקין

שתן:

רנטגן CT/US:

Hb 14.7 Hct 49.0 Leuk 8.90 Thromb 216 MCV 99.2 PT 12.5 PTT 24.5 Gluc

Urea 2.4 Creat 0.92 Na 132 K 3.8 Cl Ca Bilt D Diast בדם

Dias בשתן pH pCO2 Bic BE pO2 O2 sat בדיקות נוספות: ש.ד.

Lt. leg pain

(w/nerve pain)

low back pain

טיפול במיון:

אבחנה:

המלצות:

הוצאת תפרים בעוד ימים. לברר / לחשלים חיסון טטנוס. ☐ גומל / נאפשת מחלה ימים.שחרור ☐ אישפוז ☐ במחלקה ☐ סיבת האישפוז

מוזמן למרפאה בתאריך שעה

נא לבוא למרפאה עם התחייבות מקופת חולים או עם טופס 103 לחיילים.

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי שבעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בבית המשפט, אין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתייבית המשפט (טופס תעודת רופא לפי ספר החוקים 152 כ"ד 2791934 עמ"ד 108).

שם הרופא

חתימה ומס' רשיון

CODE

3567

2