

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

17.6.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון : אופק רביבו, ת.ז. 214423709
תאונה מיום 29.8.21

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

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

02/02/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 214423709

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 רביבו: _____ ארץ: _____
 טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____
 דואר אלקטרוני: _____
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר):
 2 1 4 4 2 3 7 0 9
 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: _____
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות סקסס – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
 לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
לא	בירנית			11	

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: _____
 ת.ד. מעדני גורמה בעמ
 תפקיד התובע במקום העבודה: _____

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
0	גבעת שמואל			1	

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____
 מספר פקס: _____
 0 3 - 5 4 5 1 9 7 1
 האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
 האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)
 שם העסק: _____ סוג העיסוק: _____

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____
 טלפון פקס: _____

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 21/02/2021

היום בשבוע: יום

שעת הפגיעה: 17:16

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☒ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ 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 מספר), נא פרט

נחלסתי מרכיב

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

21/02/2021

נחיר

נהג

050-6122291

4

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

האיבר שנפגע לבלב יריד	מהות החבלה (לדגמא: שבר, פצע, תחת)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרפוא/שיחת רפואי) ד"ר רותם
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה / חודש / יום שעה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? כן, פרט _____ לא ☐		

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת/ או אפי מטופל	טלפון הקרפאה
----------	---------------	---	--------------

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המסייע: ☐ ע"ד ☐ חברת מ'מוש זכויות ☐ יד מכונות ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

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

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי
בעסק /
בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			2021	08	30
עד שעה			עד תאריך		
			שנה	חודש	יום
משעה			מתאריך		
			שנה	חודש	יום
עד שעה			עד תאריך		
			שנה	חודש	יום
משעה			מתאריך		
			שנה	חודש	יום

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 13.9.21 ☐ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה עד שעה: _____

☒ עבודה במשמרות

8

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

יש להמציא הוכחות 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 02/02/2022 שם פרטי ומשפחה חתימה X

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

רבינו אופק

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
11		151	224603

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

10

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודענין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינם 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 מושכי 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 הנחוצ לז' 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 02/02/2022 חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
סלפון קווי	סלפון נייד	דואר אלקטרוני:	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפוי כח, צ' אפנסרופסות, פסק דין או ויתור מדיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ למפעל או למפעל

☐ 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	מטרת 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 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

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

ח.י. מעדני גורמה בע"מ _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי _____

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

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

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

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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבור שולם השכר	העובד הוא		שכר בחוזה החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר בחוזה	
		יומי	חודשי		לתיקופה	שם התשלום
חודש 01/22	אין תלש	☐	☐			
חודש 12/21	אין תלש	☐	☐			
חודש 11/21	11.0	☒	☐	3179		
חודש 10/21	15.0	☒	☐	4001		

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

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

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

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

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

שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

3

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 7.5

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

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 _____

ח.י. מעסיק גורמל בע"מ
514291128

תאריך: 02/02/2022 תפקיד החותם: מנהל משא שם החותם: ריטה חץ חתימה וחותמת

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
02/02/2022 שנה חודש יום	214423709	60
שם פרטי	שם משפחה	רביבי
אנקה	חבר בקופת חולים	
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☒ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 02/02/2022 חתימת המבוטח X אנקה

תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשדוד, בניסה ד', גאל אלון 50, תל 6789130
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 13107005

תאריך: 29/08/21 שעת קבלה: 20:59 סיום: 22:28 29/08/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.0 מס' מגוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171
אביב כללית מרפאה: תל

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

G6PD

אתר

תלונות החולה:

בן 18, בד"כ G6PD, לא ידוע אם קבל חיסון טטנוס ב 5 שנים אחרונים
התקבלה בשל חתך באצבע 2 כף יד שמאלית, כתוצאה מפגיעה מסכין במהלך עבודתו. ללא תלונות
נוספות

מדדים: חום: 37.2 PO לחץ דם: 151/90 דופק: 88 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

בבדיקת:

אצבע 2 כף יד שמאלית: גליל אמצעי, חתך בערך 2 ס"מ, ללא סימני זיהום, ללא דימום פעיל, אין עדות לגוף זר
מניעה אצבעות ללא הגבלה ללא חסור NV

בדיקות עור:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

OPEN WOUND OF FINGERS, WITH TENDON INVOLVEMENT

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

תאור התרופה

BACTROBAN OINT 15GR

דיון והמלצות:

SUTURE:

לאחר הרדמה מקומית עם לידוקאין 2% בוצעה תפירה עם חוט ניילון 4-0, סה"כ 3 תפרים במהלך תקין. לאחר חיסויי בוצע חבישה
#מחר בירור סטטוס חיסון טטנוס דרך רופא משפחה.

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 156347

שם הרופא: דר' אחמד חאים

יח/מנה
מינון
מספר פעמים ביום
משך ימים
1
2
gr
ד"ר אחמד חאים
156347

מרשם תרופות

תאריך: 29/08/21 שעת קבלה: 20:59

מס' קריאה: 13107005

מס' זהות: 214423709

שם המטופל: אופק רביבו

054-2049171

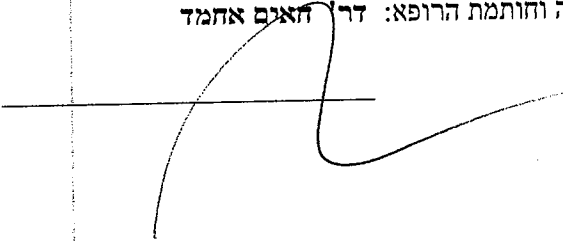
כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1

תאור התרופה	יח' מנה	כמות למנה	מספר פעמים ביום	משך ימים
BACTROBAN OINT 15GR	gr	1	2	7

- מרשם זה יכולד בבתי המרקחת הפרטיים וברשתות הפארם.
- מחזיר התרופות יהיה על פי מדיניות בית העסק ובהתאם להסכמת מול הקופות.
- ניתן להמיר את המרשם במרשם קופה מול רופא המשפחה.

ד"ר אחמד חאים
מ.ר. 1156347

חתימה וחותמת הרופא: דר' חאים אחמד



תעודת רפואית

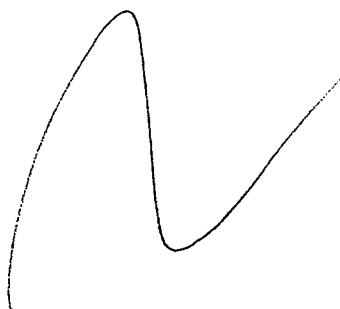
מס' ביקור: 13107005

תאריך: 29/08/21 שעת קבלה: 20:59 סיום: 22:28 29/08/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.0 מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

#תרופות לפי מרשם
לא להרטיב את החתך שנתפר במשך 24 שעות, הסרת תפרים בעוד 10 ימים בקופ"ח /
#ממחר שטיפה של החתך שנתפר עם מים וסבון, אין להיכנס לבריכה או לים או כל מקור מזהם עד לביקורת אורטופד..
#המשך מעקב רופא מטפל עוד 10 ימים, בכל החמרה תסמינים כגון- לרבות אודם, הפרשה מהפצע, חום מעל 38 מעלות יש לפנות לבדיקה דחופה במיון.
המשך מעקב אצל רופא מטפל



ד"ר אחמד חאים
מ.ר. 1156347

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' אחמד חאים רשיון הרופא: 156347 חתימה וחותמת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 13137795

תאריך: 08/09/21 שעת קבלה: 17:30 סיום: 17:59 08/09/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.1 מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171
אביב כללית

מרפאה: תל

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

אחר

G6PD

תלונות החולה:

בן 18, בד"כ G6PD, לא ידוע אם קבל חיסון טטנוס ב 5 שנים אחרונים
לפני 10 ימים טופל כאן עקב חתך באצבע 2 כף יד שמאלית, כתוצאה מפגיעה מסכין במהלך עבודתו. ללא תלונות
נוספות
כעת הגיע להוצאת תפקים.

מדדים: חום: 36.6 PO לחץ דם: 135/80 דופק: 70 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

בבדיקת:

אצבע 2 כף יד שמאלית: גליל אמצעי, עם צלקת בערך 2 ס"מ, ללא סימני זיהום, ללא דימום פעיל, אין עדות לגוף זר, תפרים תקינים.

1.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

AFTERCARE FOLLOWING SURGERY OF THE SKIN AND
SUBCUTANEOUS TISSUE, NEC

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

תאור התרופה

FUCIDIN CREAM 15 GM

דיון והמלצות:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מרב מרון

רשיון הרופא: 107920

חתימה וחותמת הרופא:

משך ימים	מספר פעמים ביום	מינון	יח/מנה
4	2	1	gr

107920

תעודת רפואית

מס' ביקור: 13137795

תאריך: 08/09/21 שעת קבלה: 17:30 סיום: 17:59 08/09/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.1 מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171
אביב כללית

מרפאה: תל

בוצע הוצעת תפרים
המשך מעקב רופא מטפל.
המשך מעקב אצל רופא מטפל

17-107920

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מרב מרון רשיון הרופא: 107920

חתימה וחותמת הרופא:



ביקורופא בע"מ
 יגאל אלון 90 כניסה ד'
 תל אביב 67891
 טלפון: 03-6272333, פקס: 03-5613011
 עוסק מורשה: 511657322
 מספר תיק במע"מ: 511657322
 מס. תיק ניכויים: 939310413

לכבוד:
 אופק רביבו

תאריך הקבלה: 08/09/21
 תאריך הדפסה: 08/09/21
 שעת הדפסה: 17:32
 מספר תעודה:
 2103100019583

קבלה 2103100019583 - מקור

כרטיסי אשראי

שורה	ת. פרעון	שם כרטיס אשראי	מספר שובר	מספר כרטיס	תשלום ראשון	סך כל התשלומים
1	02/10/21	ויזה	42014032	...0386	47.00	47.00 ש"ח

0.00	שולם במזומן
47.00	תקבולים אחרים
47.00 ש"ח	סה"כ תקבולים

מס. לקוח: 31

פירוט חשבוניות ששולמו

חשבונית	מתאריך	פרטים	מס. לקוח	שם לקוח	סכום
IN21031019865	08/09/21	0000214423709	31	אופק רביבו	47.00 ש"ח
		סה"כ חשבוניות		47.00 ש"ח	

This Receipt is for Medical Treatment
www.bikurofe.co.il

טויל רולא
 ביקורופא בע"מ

מרשם תרופות

תאריך: 08/09/21 שעת קבלה: 17:30

מס' קריאה: 13137795

מס' זהות: 214423709

שם המטופל: אופק רביבו

054-2049171

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1

תאור התרופה	יח' מנה	כמות למנה	מספר פעמים ביום	משך ימים
FUCIDIN CREAM 15 GM	gr	1	2	4

- מרשם זה יכובד בבתי המרקחת הפרטיים וברשתות הפארם.
- מחיר התרופות יהיה על פי מדיניות בית העסק ובהתאם להסכמת מול הקופות.
- ניתן להמיר את המרשם במרשם קופה מול רופא המשפחה.

חתימה וחותמת הרופא: דר' מרון מרב

1-107520

תלוש שכר לחודש 06/2021
הודפס בתאריך 13/07/2021
דף 1 מתוך 1

תיק ניכויים: 939636874
מספר תאגיד: 514291129
תיק בי"ל: 93963687400

חברה: 562 - ח.י. מעדני גורמה בעמ
כתובת: הערבה 1
ישוב: גבעת שמואל 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 214423709
ס.משרה: 1-יחידה
משרה בי"ל: עיקרית
בסיס השכר: שעתי
מחלקה: 156 אדום ירוק רעננה
מצב משפחתי: ר+0
דרגה: 000
בנק: 00/000
דרגה: 000
השבון: 000000000
וותק מ-:
וותק מ-:

לכבוד

רביבו אופק
לאו 11
בירנית 0

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
001 משכורת	64.15	40.00			2566.00		
007 ש.גוס 125%	7.08	50.00			354.00		
014 ש.גוס 150%	1.93	60.00			115.80		
סה"כ תשלומים						3035.80	ניכויי חובה

נתונים נוספים	נתונים מצטברים	חשבון חופשה	חשבון מחלה	ימי עבודה	שעות עבודה	שעות ליום	נק. רגילות	אחוז מס שולי	קוד מהדורה	הישוב מצטבר	אופן תשלום
9	21	0.00	0.00	ימי עבודה	73.0	8.00	2.25	10%	9.127	כ/6	ישרות
ש"ע בחברה	162.0	1.16	1.50	שעות עבודה	8.00	2.25	10%	10%	9.127	כ/6	ישרות
ש"ע בחברה	3035.80	0.00	1.50	שעות ליום	2.25	10%	10%	10%	9.127	כ/6	ישרות
שכר חייב מס	3035.80	1.16	1.50	נק. רגילות	2.25	10%	10%	10%	9.127	כ/6	ישרות
שכר ב.לאומי	3035.80	1.16	1.50	אחוז מס שולי	10%	9.127	כ/6	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות
שכר מבטח	0.00	1.16	1.50	קוד מהדורה	9.127	כ/6	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות
בסיס קרה"ש	0.00	1.16	1.50	הישוב מצטבר	כ/6	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות
ב.לאומי מעסיק	14.57	1.16	1.50	אופן תשלום	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות	ישרות
שכר מי.חודש	4399.00	1.16	1.50								
שכר מי.שעה	25.43	1.16	1.50								

3035.80	לשכר נטו	3035.80	לשכר נטו
3035.80	לשכר נטו	3035.80	לשכר נטו

תלוש שכר לחודש 07/2021
הודפס בתאריך 17/08/2021
דף 1 מתוך 1

תיק ניכויים: 939636874
מספר תאגיד: 514291129
תיק בי"ל: 93963687400

חברה: 562 - ת.י. מעדני גורמה בעמ
מחשב: הערבה 1
יחיד: גבעת שמואל 0

מספר העובד: 0405
תרשבי: כן
ווחק: 00.01.25
תחילת עבודה: 07/06/2021

מספר וותק: 214423709
ס.משרה: 1-יחידה
מספר השכר: ששמי
מחלקה: 096 כפר גנים
מצב משפחתי: רו"ר

לפניו רכישו אופק
לא 11
בירנית 0

דרגה: 000
השבון: 0000224603
ווחק: מ-

דרגה: 000
בנק: 11/151

1857.20	40.00	96.43	001 מסכרית
358.50	50.00	7.17	007 ש.ש. 125%
63.00	60.00	1.05	014 ש.ש. 150%
420.00	30.00	14.00	004 נספח
270.00	30.00	9.00	057 תמ"ר נכ"מ
1196.80	40.00	29.92	013 תחילת שנה
100.00	50.00	2.00	007 ש.ש. 125%
17.40	60.00	0.29	014 ש.ש. 150%

סכומי תשלומים		סכומי תשלומים		סכומי תשלומים	
סכום	תיאור	סכום	תיאור	סכום	תיאור
6282.90	גביית חובות	6282.90	השכר העבודה	6282.90	שכר עבודה
		1.16	יחידה קדמה	1.16	יחידה קדמה
		1.16	יחידה קדמה	1.16	יחידה קדמה
		00	יחידה קדמה	00	יחידה קדמה
		2.32	יחידה קדמה	2.32	יחידה קדמה
1200.00	01 משרה	1200.00	השכר נחלה	1200.00	השכר נחלה
		1.40	יחידה קדמה	1.40	יחידה קדמה
		1.40	יחידה קדמה	1.40	יחידה קדמה
		00	יחידה קדמה	00	יחידה קדמה
		1.00	יחידה קדמה	1.00	יחידה קדמה
1200.00	בניית רשות	1200.00	בניית רשות	1200.00	בניית רשות
4982.90	יתר שולם	4982.90	יתר שולם	4982.90	יתר שולם

לכבוד רבניו של	סידר יז'אריה
תנחת: בשם 42/24 תל אבי - יו	מנהלת דור משפחה
חש' חשבון: 155689118	טקסט: 0706382915
חש' חשבון קודם: 0-00-22-4638	צוות: טל'
יגד:	מעקבים: טל'

אישור קיום חשבון עו"ש

• • • • •

* * * * *

NYN 758 1000 0155669119

2000

• [CCTV](#) • [Security](#)

56

214423709

$\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{3}$
 $\frac{1}{4}$
 $\frac{1}{5}$
 $\frac{1}{6}$
 $\frac{1}{7}$
 $\frac{1}{8}$
 $\frac{1}{9}$
 $\frac{1}{10}$
 $\frac{1}{11}$
 $\frac{1}{12}$
 $\frac{1}{13}$
 $\frac{1}{14}$
 $\frac{1}{15}$
 $\frac{1}{16}$
 $\frac{1}{17}$
 $\frac{1}{18}$
 $\frac{1}{19}$
 $\frac{1}{20}$
 $\frac{1}{21}$
 $\frac{1}{22}$
 $\frac{1}{23}$
 $\frac{1}{24}$
 $\frac{1}{25}$
 $\frac{1}{26}$
 $\frac{1}{27}$
 $\frac{1}{28}$
 $\frac{1}{29}$
 $\frac{1}{30}$
 $\frac{1}{31}$
 $\frac{1}{32}$
 $\frac{1}{33}$
 $\frac{1}{34}$
 $\frac{1}{35}$
 $\frac{1}{36}$
 $\frac{1}{37}$
 $\frac{1}{38}$
 $\frac{1}{39}$
 $\frac{1}{40}$
 $\frac{1}{41}$
 $\frac{1}{42}$
 $\frac{1}{43}$
 $\frac{1}{44}$
 $\frac{1}{45}$
 $\frac{1}{46}$
 $\frac{1}{47}$
 $\frac{1}{48}$
 $\frac{1}{49}$
 $\frac{1}{50}$
 $\frac{1}{51}$
 $\frac{1}{52}$
 $\frac{1}{53}$
 $\frac{1}{54}$
 $\frac{1}{55}$
 $\frac{1}{56}$
 $\frac{1}{57}$
 $\frac{1}{58}$
 $\frac{1}{59}$
 $\frac{1}{60}$
 $\frac{1}{61}$
 $\frac{1}{62}$
 $\frac{1}{63}$
 $\frac{1}{64}$
 $\frac{1}{65}$
 $\frac{1}{66}$
 $\frac{1}{67}$
 $\frac{1}{68}$
 $\frac{1}{69}$
 $\frac{1}{70}$
 $\frac{1}{71}$
 $\frac{1}{72}$
 $\frac{1}{73}$
 $\frac{1}{74}$
 $\frac{1}{75}$
 $\frac{1}{76}$
 $\frac{1}{77}$
 $\frac{1}{78}$
 $\frac{1}{79}$
 $\frac{1}{80}$
 $\frac{1}{81}$
 $\frac{1}{82}$
 $\frac{1}{83}$
 $\frac{1}{84}$
 $\frac{1}{85}$
 $\frac{1}{86}$
 $\frac{1}{87}$
 $\frac{1}{88}$
 $\frac{1}{89}$
 $\frac{1}{90}$
 $\frac{1}{91}$
 $\frac{1}{92}$
 $\frac{1}{93}$
 $\frac{1}{94}$
 $\frac{1}{95}$
 $\frac{1}{96}$
 $\frac{1}{97}$
 $\frac{1}{98}$
 $\frac{1}{99}$
 $\frac{1}{100}$

דמיים לשימונם בערוצים הדיגיטליים 24 שעות ביממה ובטלפון 6111 בשעות הפעילות

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מס' _____, 214423207, מרחוב _____, גשרי האלני 33, ה' _____, ת.ז. _____, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 29/1/21 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. 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, לפטור 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.

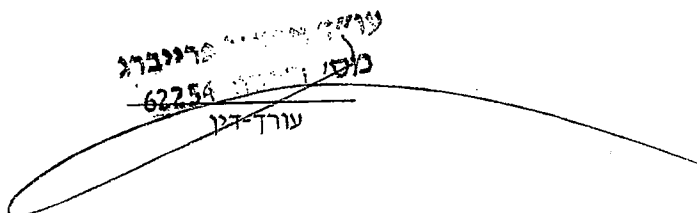
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 2 לחודש 2 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד מר יוניברסל
מס' 62254
עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם האב</u>	<u>תעודת זהות</u> 214423709	<u>שם פרטי</u> 2016	<u>שם משפחה</u> רז'ני
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u> ת"א	<u>רחוב</u> 33

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 הבראות 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 הבראות 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.

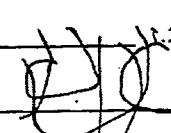
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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 האב _____ ת.ז. _____
מס' תעודת זהות: _____
תאריך: 2.2.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X  62754