

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.

22.6.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף רמת גן
באמצעות פקס : 03-6720103

א.ג.נ.,

הנדון : יניב אגמי, ת.ז. 021771613
תאונה מיום 7.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
 2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה רפואית.
 3. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק.

שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך !

- לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אליה	יניב	021771613
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		03101973
נקה ☐	עיסוק	שנה חודש יום
	שכיר ☒	
	מתנדב ☐	
	עצמאי ☐	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
ישיבה	8			אר יישוב	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0504473449	@			

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 ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
07022021	יבתי נניב ונכחתי כולל שאל
שנה חודש יום	

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון , אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
רחוב/תא דואר						מס' בית					
כניסה						דירה					
יין 33						מס' פקס					
המקצוע ערב הפגיעה:						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
מיקוד						ישוב					
מיקוד						ישוב					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מיקום השירות				טלפון קווי			
צה"ל				טלפון נייד			
משמר הכנסת				מס' פקס			
שב"ס							
משטרה							
אחר							
רחוב/תא				מס' בית			
ישוב				מיקוד			
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____							
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה							
כן ☐ לא ☐							
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.							

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: לא ☐ כן, פרט _____		
שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?		
כן, פרט _____ לא ☐		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מובטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

☐ לא ☐ כן, פרט:

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

אתר

תאריך תחילת התקשרות: 15.6.21

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

י. כ. א. ז. ר.

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	1 - גרניאלה	1	26955760

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 15.6.21 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 15.6.21 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 021771613	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2021 02 07
שם משפחה אל-ע	שם פרטי ישיק	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

הצהרה

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

תאריך 15.6.21 חתימת המבוטח *

07/02/2021 תאריך

אה:ד"ר מנדל פרידי - ראש"צ מחוז:מרכז

סיכום יעוץ

פרטי המטופל	00-02177161-3	37.04	ז	03/10/1983	יחזקאל
אגמי יניב	מס זהות	גיל	מין	ת.לדה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	8	50	4473449	50	4473449 - 50
אור יהודה	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

07/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר קלימינסקי א

תלונות: ברך שמאל ארוע סטרסנטי הבוקר בעבודה. צילום ברך ללא ממצאים.

ממצאים: ברך שמאל סינביטיס קלה מוגבלות כאב מדין מוסטרירי. מנוחה NSAID הערכה עי U-S

אבחנה	אבחנה	איפיון	מועד גילוי
INJURY TRAUMATIC	אבחנה	It knee	

דיון / תוכנית טיפולית: מצב לא רחוק ת.ע פגיעה סטרסנטי ברך שמאל. נשלח להערכה עי U-S קיבל ארקוסיה.

תוכנית אבחנתית	הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לדימות	US 78003 א.ס	רקמות רכות	H3		הופק

הערות: בהמצאת בל 250 מהעבודה יש לתת שבועי מחופש מחלה.

מחזמן לביקורת: מעקב ע מה U-S

בברכה,

17573 מספר רשיון

ד"ר פרידי מנדל שם הרופא

חתימה וחוממת הרופא
 ד"ר פרידי מנדל
 רשיון מספר 17573
 ת.רשיון 03-9562278

מס' זהות: 0021771613
טל' נייד: 0504473449
טל' בבית: 0779330239

לכבוד:
יציב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

הזמנה למרפאה אורתופדית
הנך מוזמן/ת לד"ר הורוביץ
ביום שני 14/06/21 בשעה 09:20

מיקומו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומת קרקע, אגף 1.
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום waze "חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".

הנחיות לביקור:

- חובה להגיע עם מזהה עם תמונה:
- (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון).
- יש להביא התחייבות כספית (נאפס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

קוד בדיקה	תיאור
L9249	בדיקת רופא אורתופד

במידה ותגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,000 ₪) ל-21 יום.
המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

קוד הבדיקה: L9249 | תיאור: בדיקת רופא אורתופד

חילולים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

במידה ויש בידך הפניה לצילום רנטגן, יש לפנות ישירות לאגף הדימות.

- יש להצטייד במסמכים רפואיים וצילומי רנטגן עדכניים.
- בהגיעך למרפאה נא להסמיץ את הדיסק של MRI/CT במרפאה הכירורגית.

לתשומת ליבך:

- ניתן להגיע עם מלווה אחד בלבד.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעמדת אותה במהלך כל זמן השהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:
- חום גבוה מעל 38 מעלות, מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במרפאה/במכון הינו כ- 3-4 שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

למיומרים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או *534 מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00, או במייל: torim.TorimCall-Center@sheba.health.gov.il.
פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-13:30 בימים א'-ה', טל': 03-5302014, Mirp.Ortopedia@sheba.health.gov.il.
בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ"ס באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL,
בWhats app למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

ס' הרופא
חום
ספר רשיון
תובת
ולפון
יקס
ורפאה: ד"ר מנדל פרדי - ראשל"צ מחוז: מרכז

תאריך 07/02/2021

סיכום יעוץ

פרטי המטופל	00-02177161-3	37.04	ז	03/10/1983	יחזקאל
אגמי יניב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	8	מס בית	50	4473449	50 - 4473449
השיטה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
אור יהודה	ישוב				

תאריך תאונה 07/02/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר קלימינסקי א

תלונות: ברך שמאל ארוע סטרסנטי הבוקר בעבודה.
צילום ברך ללא ממצאים.

ממצאים: ברך שמאל סינוביטיס קלה מוגבלות כאב מדיו מוסטריו.
מנוחה NSAID הערכה עי U-S.

אבחנה	אבחנה	אבחנה
מועד גילוי	איפיון	INJURY TRAUMATIC
It knee		

דיון / תוכנית טיפולית: מצב לא רחוק, ת.ע פגיעה סטרסנטי ברך שמאל.
נשלח להערכה עי U-S קיבל ארקוסיה.

תוכנית אבחנתית	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניות	US o.x-78003 רקמות רכות	H3		הופק
הפניה לדימות				

הערות: בהמצאת בל 250 מהעבודה יש לתת שבועי מחופש מחלה.

מוזמן לביקורת: מעקב ע סה U-S.

בברכה,

17573

מספר רשיון

ד"ר פרדי מנדל

שם הרופא

חתימה וחוקמת הרופא

רופא אורטופדי מ.ר.
טל. 0522778

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
07/02/2021 00-02177161-3 הודפס ע"י ד"ר פרדי מנדל

סיכום יעוץ

אגמי יניב

מכונים רפואיים - מכונים רפואיים בע"מ		
מכונים רפואיים, מילרד-טאמיר, דובי, רמת השרון		
E.M.G.		
קרינת-אולטרה שילוח ושיקום פיסת חתך חתך ושיקום סט. 03-7328801/1/1 סט. 03-7328801/1/1	דורדור וולל סט. 11 סט. 06-63221123 סט. 06-63221123	פז-תקוח נדדאי 30 סט. 03-7347891 סט. 03-7347891
גלי-ברק נדדאי 11 סט. 03-7328801/1/1 סט. 03-7328801/1/1	דורדור דורדור 13 סט. 06-63221123 סט. 06-63221123	רנן-הרץ שילוח ושיקום סט. 03-7328801/1/1 סט. 03-7328801/1/1

תאריך ביקור: 16/02/2021

תיק מס': 430001

מקלידה: שיר

גורם מבטח: ש. בריאות כללית

מין: ז

ר. רופא מפנה: 17573

שם משפחה: אגמי

שם פרטי: יניב

מספר זהות: 021771613

יעד:

ת. לידה: 03/10/1983

רופא מפנה: מנדל פרידי

בדיקת U.S (על-קולית) של ברר שמאל

סיבת הפניה : כאבים

QUADRICEPS TENDON : הדגמה תקינה.

PATELLAR TENDON : הדגמה תקינה.

בורסה-סופראפטלרית : הודגם בורסיטיס קל.

מדור פנימי של הברך כולל MCL : : הודגמה רצועה בלתי אחידה ברוב שטחה, ללא קרע.

מדור חיצוני של הברך כולל LCL : : הדגמה תקינה.

בברך האחורית : הודגמה ציסטה ע"ש "בייקר" באורך 3.5 ס"מ רוחב 0.4 ס"מ.

מבנה גרמי ׀ תקין.

BURSA PES ANSERIN ׀ הדגמה תקינה.

טכנאי מבצע : ואדים אידיסיס

מספר טכנאי : 815

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217



מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

הזמנה לכירורגיה - ניתוחי יום – ביקור מרחוק (טלה-רפואה)

הנך מוזמן/ת לטרום ניתוחית - א.יום - מרדים כללי

יום רביעי 09/06/2021 08:30

ביום רביעי 09/06/21 בשעה 08:30

הנחיות טרום הביקור מרחוק:

- יש לשלוח למייל המרפאה, התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח, עד יום לפני הביקור מרחוק, לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

ClassificationTable@

- יש לשלוח למייל המרפאה: בדיקות דם, צילום חזה, א.ק.ג (צילום חזה וא.ק.ג נדרש מגיל 45).
- לחילופין ניתן לשלם טלפונית עבור הביקור בטל' 03-5303104. עלות ביקור בודד הינה 152 ש"ח.
- קוד בדיקה: 99223 - הערכה טרום ניתוחית, סדרת בדיקות.

הנחיות לביקור מרחוק:

- חובה להצטייד במזהה עם תמונה (תעודת זהות/רישיון נהיגה/דרכון).

לתשומת ליבך:

- אם הנך זקוק לתרגום לשפתך, מומלץ שיהיה נוכח בזמן הביקור מרחוק מלווה מתאים.
- הרישום הרפואי והמלצות הצוות נשמרים בתיק הרפואי ונגישים דרך אתר מאובטח, connect.sheba.co.il

לבירורים:

- אם מסיבה כלשהי אינך יכול לקיים את הביקור מרחוק, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או 534* מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.
- פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-15:00 בימים א'-ה', טל': 03-5303104, מייל: mirp.mardimim@sheba.health.gov.il.

בברכת רפואה שלמה
כירורגיה - ניתוחי יום
המרכז הרפואי שיבא

נקבע על ידי: חדד זוהר
11:07 03/06/2021



שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239
פקס:

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

**** חסוי רפואי ****

**הזמנה למרכז ניתוחי יום
המרכז הרפואי שיבא - תל השומר
הנך מוזמן/ת לאשפוז יום - אורתופדיה
לביצוע ניתוח המתוכנן ל-
יום שלישי 22/06/2021 07:00**

שם הניתוח: (RTHROSCOPIC, KNEE, REPAIR OF TORN ANTERIOR/POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT (ACL / PCL

הניתוח יתבצע בהרדמה כללית - מא להישאר בצום מחצות הלילה.

***מועד הניתוח עלול להשתנות. במידה וחל שינוי, התאריך ימסר באופן טלפוני ע"י המזכירה הרפואית.**
מיקומנו: בניין ניתוחי יום (מהכניסה הראשית, ממשיכים ישר עד לכיכר השניה שליד המיין, ומשם ישר לכיוון מסן הלב. בהמשך, עוברים כיכר נוספת ומשמאל בניין ניתוחי יום)

חנייה: ניתן להקיש ב-WAZE "אשפוז ניתוחי יום שיבא".

נבקשך להביא:

1. תעודה מזהה עם תמונה וכרטיס מגנטי של קופת החולים.
2. הזמנה זו (הזמנה 2 סחה יפה למועד המצוין בה, ומבטלת הזמנה קודמת)
3. התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח (קופת החולים / אסמכתא מצה"ל / משרד הביטחון) המתאימה לפירוט הבא:

קוד משרד הבריאות	תיאור
L2992	ארתרוסקופיה של הברך, מורכבת, במסגרת אמבולטורית

4. מא לשלוח טופס 17 בפקס 03-5302061 או במייל e.day@sheba.gov.il
- אם לא תוצג ההתחייבות תתבקש/י - לשלם עבור השרות במזומן/אשראי או לשלם באשראי פיקדון עד 1,000 ש"ח ל- 30 ימים, במידה ולא תתקבל ההתחייבות הפיקדון יפרע אוטומטית בתום התקופה (לתשומת ליבך אין המבטח הרפואי מתחייב לממן את השרות בדיעבד).
- ***חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
4. חובה להגיע עם מלווה.
5. תוצאות בדיקות / מסמכים:

לתשומת ליבך:

1. יש להפסיק נטילת אספירין / קרטיה / מיקרופירין 10 ימים לפני מועד הניתוח עפ"י המלצת הרופא בלבד.
2. מא להגיע עם מלווה.
- טלפונים לברורים - מזכירות: 03-5302257, 03-5302555, או בפקס 03-5302061.
- אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע, נבקשך להתקשר מוקדם ככל הניתן למזכירות.

בברכת רפואה שלמה,
המרכז לניתוחי יום
נקבע ע"י: חדד זוהר 03/06/2021
11:05

* מטופל/ת נכבד/ה, מומלץ להימנע מלהביא תכשיטים/ חפצי ערך/ כסף, אן הנהלת ביה"ח אחראית על אובדן/גניבה.



שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239
פקס:

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

** חסוי רפואי **

הזמנה למרכז ניתוחי יום
המרכז הרפואי שיבא - תל השומר
הנך מוזמן/ת לאשפוז יום - אורתופדיה
לביצוע ניתוח המתוכנן ל-
יום שלישי 22/06/2021 07:00

שם הניתוח: (RTHROSCOPIC, KNEE, REPAIR OF TORN ANTERIOR/POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT (ACL / PCL

הניתוח יתבצע בהרדמה כללית - מא להישאר בצום מחצות הלילה.

*מועד הניתוח עלול להשתנות. במידה וחל שינוי, התאריך ימסר באופן טלפוני ע"י המזכירה הרפואית.
מיקומנו: בניין ניתוחי יום (מהכניסה הראשית, ממשיכים ישר עד לכיכר השניה שליד המיין, ומשם ישר לכיוון מסן הלב. בהמשך, עוברים כיכר נוספת ומשמאל בניין ניתוחי יום)

חנייה: ניתן להקיש ב-WAZE "אשפוז ניתוחי יום שיבא".

נבקשך להביא:

1. תעודה מזהה עם תמונה וכרטיס מגנטי של קופת החולים.
2. הזמנה זו (הזמנה 2 סחה יפה למועד המצוין בה, ומבטלת הזמנה קודמת)
3. התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח (קופת החולים / אסמכתא מצה"ל / משרד הביטחון) המתאימה לפירוט הבא:

קוד משרד הבריאות	תיאור
L2992	ארתרוסקופיה של הברך, מורכבת, במסגרת אמבולטורית

4. מא לשלוח טופס 17 בפקס 03-5302061 או במייל e.day@sheba.gov.il

אם לא תוצג ההתחייבות תתבקש/י - לשלם עבור השרות במזומן/אשראי או לשלם באשראי פיקדון עד 1,000 ש"ח ל- 30 ימים, במידה ולא תתקבל ההתחייבות הפיקדון יפרע אוטומטית בתום התקופה (לתשומת ליבך אין המבטח הרפואי מתחייב לממן את השרות בדיעבד).
***חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

4. חובה להגיע עם מלווה.
5. תוצאות בדיקות / מסמכים:

לתשומת ליבך:

1. יש להפסיק נטילת אספירין / קרטיה / מיקרופירין 10 ימים לפני מועד הניתוח עפ"י המלצת הרופא בלבד.
 2. מא להגיע עם מלווה.
- טלפונים לברורים - מזכירות: 03-5302257, 03-5302555, או בפקס 03-5302061.
אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע, נבקשך להתקשר מוקדם ככל הניתן למזכירות.

בברכת רפואה שלמה,
המרכז לניתוחי יום
נקבע ע"י: חוד ז' 03/06/2021
11:05

* מטופל/ת נכבד/ה, מומלץ להימנע מלהביא תכשיטים/ חפצי ערך/ כסף, אן הנהלת ביה"ח אחראית על אובדן/גניבה.

מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

הזמנה לכירורגיה - ניתוחי יום – ביקור מרחוק (טלה-רפואה)

הנך מוזמן/ת לטרום ניתוחית - א.יום - מרדים כללי

יום רביעי 09/06/2021 08:30

ביום רביעי 09/06/21 בשעה 08:30

הנחיות טרום הביקור מרחוק:

• יש לשלוח למייל המרפאה, התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח, עד יום לפני הביקור מרחוק, לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

ClassificationTable@

יש לשלוח למייל המרפאה: בדיקות דם, צילום חזה, א.ק.ג (צילום חזה וא.ק.ג נדרש מגיל 45)
• לחילופין ניתן לשלם טלפונית עבור הביקור בטל' 03-5303104. עלות ביקור בודד הינה 152 ש.
קוד בדיקה: 99223 - הערכה טרום ניתוחית, סדרת בדיקות.

הנחיות לביקור מרחוק:

• חובה להצטייד במזהה עם תמונה (תעודת זהות/רישיון נהיגה/דרכון).

לתשומת ליבך:

• אם הנך זקוק לתרגום לשפתך, מומלץ שיהיה נוכח בזמן הביקור מרחוק מלווה מתאים.
• הרישום הרפואי והמלצות הצוות נשמרים בתיק הרפואי ונגישים דרך אתר מאובטח, connect.sheba.co.il

לבירורים:

אם מסיבה כלשהי אינך יכול לקיים את הביקור מרחוק, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או *534 מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.
פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-15:00 בימים א'-ה', טל': 03-5303104, מייל: mirp.mardimim@sheba.health.gov.il

בברכת רפואה שלמה
כירורגיה - ניתוחי יום
המרכז הרפואי שיבא

נקבע על ידי: חדד זוהר
11:07 03/06/2021



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 37.04 מין: ז

אגמי יניב

מס' זהות: 00-02177161-3

ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

ETORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M) ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB)

למשך 10 ימים סה"כ 10

טבליות x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/05/2021 - 07/02/2021

ETORICOXIB
ARCOXIA
10

74
תוקף

ETORICOXIB
ARCOXIA
10

74
תוקף

מס' רישיון
152261

טלפון: 03-5385200
כתובת: אופירה 3, אור יהודה

שם הרופא: ד"ר מהראן עבד אל קאדר
תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 37.04 מין: ז

אגמי יניב

מס' זהות: 00-02177161-3

TORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

TORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M)
, ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB)

למשך 10 ימים סה"כ 10 יר

טבליות 1 x1 ביום

תוקף מרשמים: 09/05/2021 - 07/02/2021

TOI
TORI
ARC

74

10
0

תוקף

TOI
TORI
ARC

74

10
0

תוקף

TOI
TORI
ARC

74

10
0

מס' רישיון



152261

טלפון: 03-5385200

כתובת: אופירה 3, אור יהודה

שם הרופא ד"ר מהראן עבד אל קאדר

תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: ד"ר מנדל פרדי-ראשל"צ
מחוז: מרכז

תאריך 21/02/2021

הפניה לעיתונות
(כל ההמלצות לעיתונות חייבין בנספח לסל השיחתים)

פרטי המסופל		אגמי יניב		שם משפחה ושם פרטי		השיטה		אור יהודה	
שם האב	יחזקאל	03/10/1983	ז	37.04	00-02177161-3	מס זרות	גל	מין	ת. לידה
50 - 4473449	טלפון נוסף	50 - 4473449	טלפון	8	מס בית	רחוב	השיטה	אור יהודה	ישוב

תאריך תחומה 07/02/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

32564003643

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז-נבדק

רשיון רופא



7564



032564003643



21771613



017573

לכבוד: מכון פיזיותרפי

שירות שגבחר

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	80015	97001	פציעות רפואה אבחון וביטחון חקירה - חקירות

PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל ארוע סטרסני הבוקר בעבודת
צילום ברך ללא ממצאים
U-S ב:21/02/2021 ממצאים בהתאם לתק חוקי ל MCL . חטבה .

בעיות פעילות

מגילוי	אופן	בעיה
01/02/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/08/2003		PSORIASIS
01/01/1997		SMOKER

trig180col161

got19gpt28alk ph1134b110.21 21/12/03 132577

מידע ישן

תולדות עבר

מ.ס.ס	ת.בילוי	איפיון	בעיה
01/02/2008	01/01/1997		SMOKER
01/11/1998	01/01/1997		SMOKER

7 ר.ה.ס

2 מ 1 קד

המסמך מס' מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפידיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר פרידי מנדל 00-02177181-3

אגמ' י"ב



שם הרופא
תתום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
ד"ר פריד מנדל
אורתופדי
17573
יהודה לייב פינסקר, 51
03-9562278
מרפאה ד"ר מנדל פריד - ראש"צ מחוז

תאריך 21/02/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	אגמי יניב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יחזקאל	שם האב
00-02177161-3	37.04	50 - 4473449	50 - 4473449	8	מס בית	טלפון	50 - 4473449	טלפון נוסף
השיטה	רחוב	אור יהודה	ישוב					

תאריך תאונה: 07/02/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל סימפטיק קלה מובילת סב מדיו מוסטרורי
ממחה NSAID הערכה על
21/02/2021 מק - פניסטרית - ממחה

הממצאים הקליניים:

אבחנות	איפיון	קוד
INJURY TRAUMATIC	It knee	9599

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת ☒

מיום 07/02/2021 עד יום 07/03/2021 (במלל) סה"כ 29 ימים

21/02/2021

21/02/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

זככות לגמלה נקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואף התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

21/02/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה ***המסמך מכיל מידע חגון על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הודפס ע"י ד"ר פריד מנדל

00-02177161-3

אגמי יניב

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
AQUA CR 250ML 250ML		מריחה	2	ביום
METHOTREXAT 2.5MG "EBEWE" TAB 2.5 6		טבליות	1	בשבוע

ממצאים קליניים
 בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021:
 ברך שמאל סינביטיס קלה מוגבלות כאב מדי: מוסטריווי
 מנחה NSAID הערכה עי U-S
 21/02/2021: מגן - פזיטרפיה - מנחה

מטרת הבדיקה: לטיפול בברך ימנית עם פגיעה מתיחה של ה-MCL.

ד"ר פרידי מנדל
 שם הרופא
 מספר רשיון 17573
 חתימה וחותמת הרופא

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

שם הרופא: ד"ר פרדי מנדל
 תחום: אורתופדיה
 מספר רשיון: 17573
 כתובת: יהודה לייב פינסקר, 51
 טלפון: 03-9562278
 פקס: מרפאה: ד"ר מנדל פרדי - ראשל"צ
 מתחם: מרכז

תאריך: 21/02/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה חייב להיבדק לפני השיחות)

פרטי המטופל	אגמי יניב
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
שם מזהה	שם האב
ת. לידה	ת. לידה
מס. זכויות	מס. זכויות
מס. בית	מס. בית
השיטה	השיטה
אור יהודה	אור יהודה
ישוב	ישוב
רחוב	רחוב
טלפון	טלפון
50 - 4473449	50 - 4473449
50	50
37.04	37.04
00-02177161-3	00-02177161-3
03/10/1983	03/10/1983
יחזקאל	יחזקאל

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 07/02/2021

מספר הפניה: 32564003643
 תז נבדק: 21771613
 רשיון רופא: 017573
 גורם שולח: 2564
 מספר הפניה: 032564003643

לכבוד: מכון פיזיותרפי

שירות שנבחר	קוד שירות	קוד משה"ב
רפואי	80015	97001
80015	80015	97001
שירות	שירות	שירות
רפואי	רפואי	רפואי
80015	80015	97001

PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות / סיבת הפניה מתאריך 07/02/2021
 בדרך שמאל ארוע סטרוסנטי תבוקר בעבודה
 צילום בדרך ללא ממצאים
 21/02/2021: U-S ממצאים בהתאם לתק תלוק ל MCL . חטבה

בעיות פעילות	מ. גילוי	אפיין	בעיה
01/02/2002	01/02/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/08/2003	01/08/2003		PSORIASIS
01/01/1997	01/01/1997		SMOKER

trig180col161
 got19gpt28alk ph134bll0.21 21/12/03 132577

מידע ישן

תולדות עבר

מ. סיס	מ. גילוי	אפיין	בעיה
01/02/2008	01/02/2008		SMOKER
01/11/1998	01/11/1998		SMOKER

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 2

המסמך מכלל מידע מוקדם על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס על ידי: ד"ר פרדי מנדל

00-02177161-3

אגמי יניב

21/02/2021 תאריך

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	אגמי יניב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יחזקאל
00-02177161-3	37.04	50	03/10/1983	שם האב	50	4473449	טלפון נוסף
השיטה	רחוב	מס כית	8	טלפון	50	4473449	טלפון נוסף
אור יהודה	ישוב						

07/02/2021 תאריך תאונה:

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל סימבטיס קלה מהבחת סב מדיו מוסטרורי
מטחה NSAID הערכה ע"י U.S
21/02/2021:מק - פזיטרסיה - מטחה

הממצאים הקליניים:

אבחנות	קוד	איפיון	אבחנה
INJURY TRAUMATIC	9599	It knee	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איכנה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת ☒

מיום 07/02/2021 עד יום 07/03/2021 (בכלל) סה"כ 29 ימים

21/02/2021

21/02/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חתימה ותאמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למסד לביטוח לאומי בלבד

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
AQUA CR 250ML 250ML		מריחה	2	ביום
METHOTREXAT 2.5MG "EBEWE" TAB 2.5 6		טבליות	1	בשבוע

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021:
ברך שנמאל סימבטיס קלה מוגבלות כאב מדויק מוסטריז
מטוחה NSAID הערכה עי U-S
21/02/2021 מנגן - פזיטרפיה - מנוחה

מטרת הבדיקה: לטיפול בברך ימנית עם פציעה מתיחה של MCL.

ד"ר פרידי מנדל שם הרופא
17573 מספר רשיון
חתימה וחתימת הרופא

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



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 29.03.2021

21771613	יניב אגמי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

ביקר במרפאת כללית בתאריך 07.02.2021 בשעה 10:32
סיבת הביקור ואבחנה מפורטים בתיק הרפואי

האישור הופק באמצעות מערכת האוני-ליין של כללית



4462490

שירותי בריאות כללית



21771613

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 24/05/21

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5207 גיורא
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : שיבא - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-5303030

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 304462490

רופא מטפל : 29858 קלימינסקי אלה

המבוטח : 0002177161-3 אגמי יניב
רופא מפנה : 29858 קלימינסקי אלה
סגבת הפניה : הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך :

קוד	שירות	קוד
קוד	תאור הטיפול/בדיקה	קוד
L9249	70017 בדיקת רופא אורתופד במרפאה	

תאריך זימון : 24/05/21 האישור בתוקף עד לתאריך : 24/11/21

זלביגר מורן

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה חתימה וחותמת

תשובת בנק יחויב בסך של 36.00 ש"ח, אישור מספר 1906721
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
לתשומת לב בית החולים/המכון !
להלן תנאי האישור להפניה :

האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"
כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבטוח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.

על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים
בביקור אליו הזמנו.

ההתחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

ההתחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא.

או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט-17



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 29.03.2021

21771613	יניב אגמי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

ביקר במרפאת כללית בתאריך 07.02.2021 בשעה 10:32
סיבת הביקור ואבחנה מפורטים בתיק הרפואי

האישור הופק באמצעות מערכת האוני-ליין של כללית

תאריך: 23/05/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל				
אגמי יניב	00-02177161-3	37.07	03/10/1983	יחזקאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	8	מין	50	50 - 4473449
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
השיטה	רחוב			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 07/02/2021

גורם שולח
2564

מספר הפניה
032564003991

תז נבדק
21771613

מספר רשיון
017573

לכבוד: מרפ, ארוטופדית בריכים ביה,ח באיזור מגוריו .

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
9599	lt knee	INJURY TRAUMATIC
7295	rt knee mcl tea	PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS
7170	lt knee	MENISCUS DERANGEMENT OTHER
7	SOL LT FEMOR/	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/04/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל ארוע סטרסנטי הבוקר בעבודה .
צילום ברך ללא ממצאים .
21/02/2021: U-S ממצאים בהתאם לנזק חלקי ל MCL . הטבה .
25/04/2021: שוב כאב בברך שמאל ללא ארוע יוצא דופן .
להערכה עי MRI .
23/05/2021: ב MRI - ברך קרע מניסקלי מדיאלי . - ממשיך בסבל- בברך .
ממצא לואי תהליך תוך גרמי במפור - להערכה עי מרפ, ארוטופדית .

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 25/04/2021
בדיקה גופנית מתאריך 21/02/2021
בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל סינוביטיס קלה מוגבלות כאב מדיו פוסטרירי .
מנוחה NSAID הערכה עי U-S .
21/02/2021: מגן - פיזיותרפיה -מנוחה .
25/04/2021: ברך - כאב רגישות מוגבלות להערכה עי MRI להערכה לנזק מניסקלי .
23/05/2021: למרפ, - בריכים - להערכה לגבי - טיפו לארטרוסקופי- ויעוץ מרפ, אונקולוגית .

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/04/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/02/2021
 ההפניות שהופקו ב 07/02/2021
 הפניה לדימות - US 78003-א.ס. רקמות רכות
 21/02/2021
 ההפניות שהופקו ב 21/02/2021
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 25/04/2021
 ההפניות שהופקו ב 25/04/2021
 הפניה לדימות - 78556-לברך שמאל MRI מ.ת.
 23/05/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/08/2003		PSORIASIS
01/01/1997		SMOKER

מידע ישן

trig180col161
 got19gpt28alk ph!134bil0.21 21/12/03 132577

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2008	01/01/1997		SMOKER
01/11/1998	01/01/1997		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	2	מריחה		AQUA CR 250ML 250ML
בשבוע	1	טבליות	6	METHOTREXAT 2.5MG "EBEWE" TAB 2.5

מטרת ההפניה: בן 37 עם סבל בברך שמא לעל רקע ארוע סטרסנטי. עבר MRI ע סקרע מניסקלי.
 בMRI ממצא לואי בפמור הזקוק להמשך הערכה - עי רופא אורטופד. אונקולוגי.,

חתימה וחותמת הרופא

17573
 מספר רשיון

ד"ר פרידי מנדל
 שם הרופא

א.ס. 8122956-00
 23/05/2021
 00-02177161-3

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל
עשויה לגרום להבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן
מומלץ לקרוא את המידע יחד עם הרופא המטפל, אשר
יסביר אותו, ואת המשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות
טיפול.
מומלץ להעביר עותק של כל המידע הרפואי לרופא המטפל.

לכבוד:

שם המטופל: **חגמי יניב**

ת.ז: 21771613

YANIV HAGAMI

טל' ראשון: 077-9330239
טל' שני: 050-4473449

תאריך לידה: 03/10/1983
מין: זכר

כתובת: השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה 6031408

פרטי הבדיקה - תאריך: 08/05/2021 מספר: 4015010275276

MRI ברך, ללא חומר ניגוד
שמאל

סיבת הפנייה: בשאלה של קרע במניסקוס. אין בידי בדיקה להשוואה.
טכניקה: הבדיקה בוצעה בסדרות T1 ללא דיכוי שומן במישור קורונלי, FSPGR במישור קורונלי PD, במישור
סג'טלי T2FSI במישור אקסיאלי וסג'טלי וקורונלי.

תוצאות:

הרצועה הקולטרלית המדיאלית רציפה בעל אות ובעובי תקין, מודמגת בצקת ב2 ציד הרצועה, הרצועה מעט
דחוקה על ידי מניסקוס באקסטרוזיה.
בצקת ברקמות רכות לאורך גיד הפס אנסרינוס.
הרצועה הקולטרלית הלטרלית רציפה בעל אות ובעובי תקין.
בצקת בשומן רטרואדריציפלטית. 6-19. גיד הקוואדריספס במראה תקין. שינויים טנדינוטים במאחז מקורב של
גיד הפיקה.
הרצועה הצולבת הקדמית רציפה בעל אות ובעובי תקין.
הרצועה הצולבת האחורית רציפה בעל אות ובעובי תקין.
מודגם קרע מורכב של קרן אחורי של המניסקוס המדיאלי המשתרע לגוף.
המניסקוס הלטרלי בעל צורה שמורה ואות תקין.
מודגמת בצקת לשד העצם בחלק מדיאלי של טיביאל פלטו בסמוך למיניסקוס באקסטרוזיה, ככול הנראה
בביטה בין מניסקוס לבין הפלטו. 4-21.

טלפון לבירורים: 03-5302378

מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הדימות "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

בצקת לשד עצם תת סחוסית באספקט אחורי עליון של הקונדיל פמולרי מדילאי, 7-20, יתכן משני לפגם סחוסית.
ללא עדות לנזל בכמות מוגברת במפרק.
ללא עדות לפגם סחוסית במדורי פמורו-טיביאלי לטרלי.
ללא עדות לפגם סחוסית במדור פמורופטלרי.
מסת השרירים סביב הברך שמורה.
ללא עדות לציסטה ע"ש בייקר.

תהליך תור גרמי במטפיזה של פמור בעל גבוה ב-T2 אך כולל אזורים קטנים בעל אות נמוך בתוכו בגודל 11 מ"מ על 5 מ"מ על של 10 מ"מ. בעל גבולות מעט פולילובולריות.
ללא בצקת ליד העצם סביב הנגע.
אבחנה מבדלת נגע מחקור סחוסית. בשל קרבת הפיזיס אפשרות שמדובר GCT גם קיימת, התהליך בעל מראה QUIESCENT וקטן. מומלץ צילום ברך בשאלה של מטריקס סחוסית בתהליך.
ויעוץ אורטופד אונקולוג.
לסיכום:
קרע מורכב במניסקוס מדיאלי.
לביטה בין גוף מניסקוס מדיאלי באקסטרוזיה לבין MCL וטיביאל פלטו.
בצקת בשומן רטרואקאט ציפיטלית יחד עם טנדינופטיה של גיד הפיקה: חשד לצביטה פמורופטלרית, לקורלציה קלינית.
נגע גרמי בפמור בעל מראה QUIESCENT, מומלץ צילום ברך ויעוץ אורטופד אונקולוג.

מספר רשיון: 38249 תאריך אשרור: 13/5/2021

אשרר על-ידי: ד"ר חיים שטרן

תאריך 25/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל	אגמי יניב	00-02177161-3	37.07	03/10/1983	יחזקאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	השיטה	8	50 - 4473449	50 - 4473449	50 - 4473449
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 07/02/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32564003891

גורם שולח



2564

מספר הפניה



032564003891

תז נבדק



21771613

רשיון רופא



017573

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

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

לכבוד: MRI - ברך שמאל.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78556	73721	לברך שמאל MRI מ.מ.	10406036

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/02/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/02/2021:

ברך שמאל ארוע סטרסנטי הבוקר בעבודה.

צילום ברך ללא ממצאים.

21/02/2021: U-S ממצאים בהתאם לנזק חלקי ל MCL. הטבה.

25/04/2021: שוב כאב בברך שמאל ללא ארוע יוצא דופן.

להערכה עי MRI.

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 21/02/2021:

בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021:

ברך שמאל סינוביטיס קלה מוגבלות כאב מדיו סוסטריורי.

מנוחה NSAID הערכה עי U-S.

21/02/2021: מגן - פזיותרפיה - מנוחה.

25/04/2021: ברך כאב רגישות מוגבלות להערכה עי MRI להערכה לנזק

מניסקלי.

אבחנה	איפיון	קוד
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		7
INJURY TRAUMATIC	lt knee	9599
PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS	rt knee mcl tea	7295
MENISCUS DERANGEMENT OTHER	lt knee	7170

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/02/2021:
 ההפניות שהופקו ב 07/02/2021:
 הפניה לדימות - 78003-א.ס. US רקמות רכות
 21/02/2021:
 ההפניות שהופקו ב 21/02/2021:
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 25/04/2021

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/02/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/08/2003		PSORIASIS
01/01/1997		SMOKER

תולדות עבר

מ.סיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/02/2008	01/01/1997		SMOKER
01/11/1998	01/01/1997		SMOKER

הערות:

הערכה לנזק מניסקלי ברך שמאל לאחר ארוע סטרסנטי לפני מס, ח"

CREATININE: 0.85 מתאריך 18/04/2021

ד"ר פרידי מנדל

17573

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ד"ר פרידי מנדל
 מספר רשיון 17573
 תאריך 25/04/2021
 חתימה

תאריך 23/05/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
אגמי יניב	00-02177161-3	37.07	ז	03/10/1983	יחזקאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	השיטה	8	50 - 4473449	50 - 4473449	50 - 4473449
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 07/02/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

הממצאים הקליניים:

בדיקה גופנית מתאריך 25/04/2021
בדיקה גופנית מתאריך 21/02/2021
בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל סינוביטיס קלה מוגבלות כאב מדיו מוסטרירי .
מנוחה NSAID הערכה עי U-S
21/02/2021:מגן - פזיטרפיה -מנוחה .
25/04/2021:ברך כאב רגישות מוגבלות להערכה עי MRI להערכה
לנזק מניסקלי .
23/05/2021:למרפ, - ברכים - להערכה לגבי - טיפו לארטרוסקופי- ויעוץ
מרפ, אונקולוגית .

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
7170	It knee	MENISCUS DERANGEMENT OTHER

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

מיום 24/05/2021 עד יום 24/06/2021 (בכלל) סה"כ 32 ימים

23/05/2021

23/05/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר פרידי מנדל

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח הלאומי
מספר תעודה: 8177956-40
תאריך: 23/05/2021

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

23/05/2021

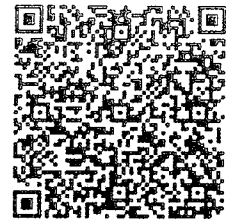
הודפס ע"י ד"ר פרידי מנדל

00-02177161-3

אגמי יניב



ד"ר סוזנה הורוביץ
ייעוץ מפרקים ופגיעות ספורט



מנהלת היחידה לכירורגיה ארטרוסקופית ופגיעות ספורט, ביה"ח מעייני הישועה
אורטופדיית-מנתחת בכירה, מחלקה אורטופדית, ביה"ח ע"ש שיבא, תל השומר
מרפאה: מגדל מרכז ויצמן, ק' 14, רח' ויצמן 14, תל אביב 6423914.
טל': 03-5465474 פקס: 9571206 – 09 דוא"ל: clinic@knees.co.il www.knees.co.il

תיק רפואי

שם פרטי ומשפחה: יניב אגמי ת.ז.: 21771613 טל': 0504473449

מין: ז כתובת: השיטה 8, אור יהודה

גורם מפנה: כללית מקצוע: ת. לידה: 3.10.83

תאריך: 2.6.21

לפני כ-3 חודשים סובב ברך שמאל בירידה מרכב בעבודה.
בדיקת US הדגימה מתיחה של ה-MCL עם חשד לקרע של מניסקוס. טופל חודש במנוחה.
כעבור כחודש חזר לעבודה, טופל בפיזיותרפיה.
כעבור כחודשיים בתנועה חדה חזרו הכאבים בברך, בדיקת MRI הדגימה קרע של מניסקוס.
ברקע- פסוריאזיס, מטופל ב-MTX.
בבדיקה: תפיחות מדיאלית עם מקמרי חיובי, טווח 0-110, יציבות שמורה, דלדול שרירי הירך. ציר תקין.
MRI- קרע מכופל של קרן אחורית של מניסקוס מדיאלי, לזיה ציסטית בפמור דיסטלי, נראה כאנוכנדרומה.
המלצות: מופנה לארתרוסקופיה ברך שמאל. הניתוח יתבצע בבי"ח HMC ב-13.6.21.
יש צורך בבדיקות: ספירת דם, כימיה. בדיקת מרדים: 099592555, שלוחה 3.
הוסברו והובנו האבחנה, מהלך הפעולה, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בטיפול ו/או בניתוח.

ד"ר סוזנה הורוביץ

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
רזס	יני	02177193		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
	7	ירוק		

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו תסיעודי 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 15.6.21 עד לחתימה ומס' _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, יני אר, מס' 02779107, מרחוב הצלה 7 אר ירו,
ת.ז. מס' 7.2.21, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נ בענין תאונת דרכים מיום 7.2.21
נגד נ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, חכל 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, חודעה, 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 הנדרשות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה 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. לחודות 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, 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.

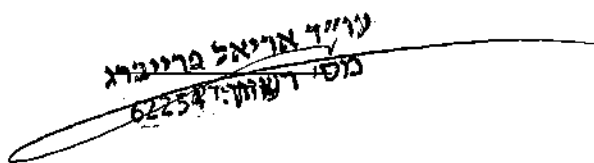
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשומות: 62254

