

לכבוד: משרד הביטחון

הנדון: כתב ויתור וסילוק

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ 01307344 שכתובתי הינה
ר"ה ונצח, ח' ס'ר, מצהיר בזאת כדלקמן:

הריני מאשר כי עם קבלת סכום של 7,500 ₪ (במילים: שבעת אלפים וחמש מאות
שנקבע על ידכם בהמשך לתביעה שהוגשה בענייני של ח' ס'ר, ת.ז. _____, אני מוותר בזאת
באופן סופי ומוחלט על כל טענה ואו דרישה ואו תביעה ואו כל זכות דיונית או מהותית נגד מדינת
ישראל ואו הוא"א ואו משרד הבטחון ואו מרכזיה ואו כל מי מטעמם, בגין ועקב המחלה הנ"ל.

הנני מוותר בזאת על כל תביעה נזיקית, כספית או אחרת בגין ועקב המחלה הנ"ל, לרבות בגין ועקב נזקים
מכל סוג ומין בעבר, בהווה ובעתיד, ולמעט פוליסות ביטוח אישיות.

אני מצהיר כי פרט לתביעה הנ"ל לא הגשתי תביעה ואו תלונה ואו בקשה לבית המשפט ואו לכל מוסד
ואו רשות ואו גוף אחר בקשר עם המחלה הנ"ל, למעט למוסד לביטוח לאומי, ואני מתחייב כי לא אגיש
בעתיד תביעה ואו תלונה ואו בקשה כאמור.

ככל שאפעל בניגוד להתחייבויותי לעיל, ידוע לי ואני מתחייב בהתחייבות בלתי חוזרת להשיב את סכום
הפיצוי ע"פ ההסדר לקופת המדינה.

הואיל וזכויות המדינה ואו הוא"א ואו משרד הבטחון ואו מרכזיה ואו מי מטעמם תלויות בהסכמתי זו,
לא אוכל לחזור מהתחייבויותי לעיל. הסכמתי זו תחייב אותי ואת עזבוני, יורשי, חלפי וכל מי שיבוא
במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם מלא: ח' ס'ר

תאריך: 5.1.23

חתימה: ח' ס'ר

נחתם בפני ח' ס'ר בתאריך 5.1.23

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254

כתב ויתור סודיות

אני הח"מ ע"ל סרון שם האב ת"ז 01307388
 כתובת רח' ויצמן 133, ת"א מיקוד 052-346616 טלפון

נותן בזה רשות לכל גורם שהוא, ובכלל זה למשרד הביטחון, וועדה לאנרגיה אטומית ולמרכזיה ו/או מי מטעמם, ולכל מוסד או גורם רפואי - בתי חולים, קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הבריאות למסור לוועדת זוהר ו/או לתיקל איסוף מסמכים בע"מ ו/או למי מטעמם (להלן - "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיהם, ללא יוצא מן הכלל, הדרושים לשם בירור תביעתי לפיצוי עפ"י הסדר ריבלין ובאופן שידרשו המבקשים, לרבות לעניין העבודה או שירות בוועדה לאנרגיה אטומית, גמלאות, מצבי הבריאות ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע גנטי, טיפול רפואי שניתן, תוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש לבירור זכאותי לפיצוי כאמור.

אני משחרר בזה את הקהילה וכל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעבדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור, ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על התשלומים ששולמו לי ומשולמים לי, על תשלומים ששולמו לי או משולמים לי מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, 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 קופות החולים ו/או רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופ"ח: נכ"ל סניף: _____
 רופאים: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 קופ"ח קודמת: _____

במקרה של נפטור שם היורשים: שם: _____ ת"ז: _____ שם: _____ ת"ז: _____
 שם: _____ ת"ז: _____ שם: _____ ת"ז: _____
 במקרה של חסוי: שם האפוטרופוס: _____ ת"ז: _____

21.4.20
 תאריך
חתימת המוותר
 (במקרה של נפטור - חתימת היורשים)
 (במקרה של חסוי - חתימת אפוטרופוסים)

עו"ד אריאל פרייברג
 מ"ס רשיון: 62254

חתימת וחותמת עד לחתימה

21.4.20
 שם העד לחתימה
 תאריך



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

גיל סדן, ת.ז. 01307388

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
To: linaz@inbal.co.il

Tue, Sep 22, 2020 at 5:50 PM

שלום רב ושנה טובה,

מה נשמע?

בעניינו של הנדון, הריני מתכבד לצרף את תוצאות הביופסיה שבוצעה לו בזמנו.

לעיונכם וטיפולכם המסור אודה

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או חטלפון ומוחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב

תוצאות ביופסיה.pdf
505K



הסתדרות מדיניות הרסה

בית החולים האוניברסיטאי של הרסה • ירושלים

0130437

מס' רשומה
שם המשפחה
שם הפרטי
שם האב
שם האם
שנת הלידה

גליון המרפאה
לאורולוגיה

נשלח ע"י	תאריך	21. 3. 99
משקל	חום	דופק
לחץ דם	סוכרת	ההפניה

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

54
41 PSA

DRE
Taus
BHP = Bx

Handwritten signature/initials.



מס' רשומה : 8-130738

שם פרטי : גיל

שם משפחה : סדן

כתובת : חובבי ציון 8 תל אביב-יפו

טלפון : 5251456-177

מין : זכר

שם האב : ארתור

תאריך לידה : 1945

תאריך רישום : 11/03/1999 08:24

מספר רישום : 9903410

רופא שולח : פרופ' שפירא עמוס

גורם שולח : אורולוגיה מרפאה

תאריך לקיחה : לא צוין

תאריך תשובה : 15/03/1999

הדגימות שהתקבלו

מעמדי

נתונים קליניים

PSA 4.1 . PROST. CA.?

בדיקות פתולוגיות קודמות

200507256-ע"כ , 200115987-ע"כ

ממצאי הבדיקה ההיסטופתולוגית

ממצא מאקרוסקופי

נתקבל כלי חסומן בשם החולה וללא סימון נוסף ובו, בפורמלין מספר גלילי רקמה עדינים. כל הדגימה נלקחה לבדיקה היסטולוגית.

ממצא מיקרוסקופי

גלילי רקמת ערמונית עם מוקד של דלקת כרונית וחריפה ואטרופיה בלוטית. אין ממצאות.

נבדק ואושר ע"י פרופ' אמיר גייל - רשיון מספר 14126 חתימה
נבדק ע"י דר' מיזב גלינה - רשיון מספר 15217 חתימה

נחתם אלקטרונית בתאריך 15/03/1999

המידע שלעיל חסי, סודי והעברתו/או השימוש בו למי שאינו מוסמך לקבלו אסורה על פי חוק. אם אינך חנומן, אנא הודע לשולח.



ועדת זוהר לקביעת הזכאות וגובה הפיצוי לעובדי וא"א שחלו בסרטן עפ"י דו"ח ועדת ריבלין

07 בפברואר 2018

ר"מ -

לכבוד
מר גיל סדן
רמ' חובבי ציון 8, תל-אביב

הנדון: פנייתך אל ועדת זוהר מיום 25.10.17

בהתייחס לפנייתך אל הוועדה לצורך בירור זכאותך לפיצויים עפ"י דו"ח ועדת ריבלין, בגין חשיפה לסיכונים בעבודתך במתקני הוא"א בתקופה בה עבדת במתקנים כחייל בשירות חובה, החליטה הוועדה כי המסלול הנכון לבירור זכאותך לפיצויים בגין נזקי הבריאות שנגרמו לך עקב עבודתך כאמור במתקני הוועדה הוא על ידי המשך בירור פנייתך לקצין התגמולים עפ"י חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט – 1959.

נבקש לצטט בהקשר זה את החלטת הוועדה מיום 31.01.18 :-

"לחיילים עומד מסלול פעולה ייחודי אשר באפשרותו להציע תגמול נדיב יותר ומתאים יותר מן הפיצויים שלפי דו"ח ועדת ריבלין, הוא המסלול של פניה לקצין התגמולים ע"פ חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959 (נוסח משולב).

באשר לקושי שמוסבר גם בדו"ח ועדת ריבלין בכל הנוגע לקשר סיבתי שבין המחלה לבין החשיפה לסיכונים במתקני הוא"א, כפי שנדרש כי יוכח בפני קצין התגמולים, אנו מדגישים כי בחומר שהובא בפנינו מוסבר כי קצין התגמולים יקים מסלול פיצוי נזיקי לפני משורת הדין – ועדת למ"ד – נזיקין שבמסגרתה יידונו תביעות החיילים במהירות ובזריזות הראויים ויחולו לגביהם עקרונות מתווה ריבלין, בשינויים המחויבים לגבי חיילים, היינו: שזכויות החיילים במסלול של קצין

התגמולים תוכרנה עפ"י ההסתברות לאפשרות של קשר סיבתי לגבי המחלות המנויות בדו"ח ועדת ריבלין והם גם לא תיתקלנה בטענת התיישנות כשתובאנה לבירור בפני קצין התגמולים.

לסיכום – עומד בפני החיילים מסלול מיוחד שאינו עומד בפני האזרחים, מסלול של תגמולים, ליווי רפואי והטבות ושוכנענו כי החיילים לא יקופחו כלל ועיקר כאשר עניינם יידון בפני קצין התגמולים, תוך התחשבות והחלה של דו"ח ריבלין בתביעתם בפני קצין התגמולים.

נדגיש כי סף הסיבתיות לפיצוי בועדת ריבלין הוא נמוך מהמקובל בדיוני קצין התגמולים ומומלץ כי סף מיטיב זה יחול גם בדיונים בפני קצין התגמולים.

לאור האמור, מסיימת בזה ועדת זוהר את הטיפול בפנייתך אל הוועדה.

בכבוד רב,

ורדה קונפנרטיץ, ע"ד

ע" משפטית לנ"ר הוועדה ומרכזת הוועדה

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

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

7.5.20

הודעה

אנחנו מציעים לך
לשקול את
הצעה זו.

לכבוד

מטה אגף שיקום נכים – ועדת למ"ד - נזיקין
היחידה לתביעות וקביעת זכויות
רחוב קפלן 23 הקריה
תל אביב 6473424

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדוא"ל ✓

שלום רב,

הנדון: גיל סדן, ת.ז. 01307388

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מרשי, יליד 6.5.45, שובץ במסגרת שירותו הצבאי לשירות בקריה למחקר גרעיני (להלן: "קמ"ג").

2. במסגרת שירותו שירת מרשי, במכון 2, עבד באיזורים חמים והיה מעורב במספר אירועים בהם נחשף לחומרים ולקרינה מייננת.

3. בשנת 2001 אובחן מרשי כסובל מסרטן הערמונית והוחלט על ביצוע ניתוח רדיקאלי לצורך כריתת הערמונית.

רצ"ב תיעוד רפואי.

4. למן יום הניתוח ועד היום מצוי מרשי במעקב רפואי.

5. לאור האמור לעיל, אודה על טיפולכם המסור בהכרה במרשי וזימונו לוועדה רפואית.

10. אין באמור כדי לגרוע מכל טענה מטענות מרשי. מרשי שומר על זכותו לצרף מסמכים נוספים, לרבות חוות דעת לצורך הוכחת טענותיו.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



הועדה לפנים משורת הדין (מיקין)

משרד הביטחון

שם הפונה: ש.ס. ירון

ת.ז.: 01307388

כתובת: רח' 1331, תל אביב

מלפון: 052-3466366

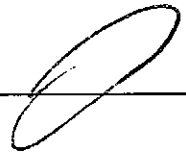
תאריך לידה: 6.5.1945

שירות בצה"ל: חובה/קבע שנים: 62-65 מקום השירות: קנע-מכון 2

המחלה: סרטן המעי הגד שנת גילוי: 2009 מצב עדכני:

נכון כמצקד רלוסי

תאריך: 28.4.20

חתימה: 

י פ ו י כ ח

שם: ג' 30 ת.ז. מס': 001307388 אני הח"מ,

ממנה בזה את עו"ד ג' 30

(כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד) להיות באי כוחי ב של _____ 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.

3. לבקש ולקבל מידע אודות חשיפתי (בין במהלך עבודתי ובין מבחינה סביבתית) לקרינה לסוגיה השונים ו/או מידע מדו"חות ניטור מכל מאגר המחזיק במידע שכזה (לרבות: ממ"ג וקמ"ג).

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. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.

10. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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.

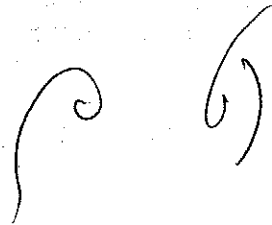
11. יובהר כי כל פעולה מהמנויות לעיל ו/או פעולה אחרת הכרוכה בהוצאה כספית ו/או תשלום כספי, ולרבות העברת הייצוג לעו"ד אחר, לא תבוצע, אלא, לאחר קבלת אישור בכתב של הלקוח.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 12.3.18 לחודש _____ שנה _____

חתימות:

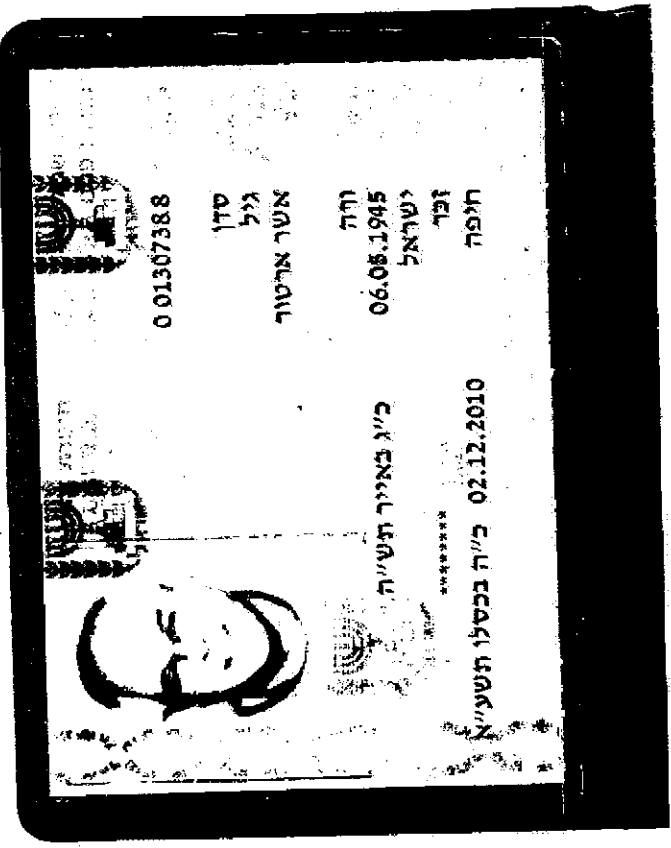


הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרינגר

מס' רשמי: 2254

עורך דין



0 01307388

סדן
גיל
אשר ארטור

דוד
06.08.1945
ישראל
זכר
חיפה

כ"ג באייר תשי"ה 02.12.2010
כ"ה בכסלו תשע"א

0 01307388

סדן
גיל
רח 1331
א 7
תל אביב - יפו
ג' בכסלו התשע"ט 11.11.2018

31

6713351

גרין

0 01307388

סדן
גיא

זכר

0 25126293

נקבה
כ"ד בניסן התשע"ג 16.04.1973

0 01307388

סדן
קרן

נקבה

0 38271490

ט"ו בשבט התשע"ז 17.01.1976



023717

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign מכבי

ד"ר יכני יגאל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6201450

כתובת: צייטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:		שם משפחה: סדן		שם פרטי: גיל		ת.ז.: 1307388	
ת.לידה: 06/05/1945		מ.י.ז: ז		טלפון: 0523466366		טל.עבודה/נייד: 0523466366	
כתובת: רח 1331 7/31, תל אביב - יפו		מיקוד: 6713351					
0001307388							

אישור רפואי

מיועד ל: כל המעוניין

תלונות:

אישור

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

בעיות ידועות:

- PROSTATE PRIM MALIGNANT TUMOR (2001)
- OSTEOPOROSIS (11/2019)
- PROSTATECTOMY RADICAL S/P (12/01)

רגישויות לתרופות:

10/11/2004 - HYDROXYZINE HCL - DIZINESS
10/11/2004 - NAROCIN 275MG X 10 - EPIGASTRALGY

תרופות קבועות:

TADAM-MAC 5MG X 28 1X1X28

הערות:

עבר בסוף 2001 ניתוח רדיקלי לכריתת הערמונית/עקב ממאירות. מאז במעקב PSA - ללא עדות להשנות המחלה.

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפ' הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

23/04/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

טלפון : 04-8542615/2854
 כתובת : ת.ד. 9602, חיפה 31096
 דואר אלקטרוני :

מרכז רפואי רמב"ם
 אורולוגיה
 מנהל : פרופ' שמעון מרטיק



דף : 1

סיכום אישפוז 62651/01

"מידע רפואי רגיש" - מסמך זה מכיל מידע המוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות. כל המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שם : **סדן גיל**
 מספר זהות : **130738-8**
 כתובת : ירושלים פסגת זאב משה ונטורה 13
 טלפון : 02-6560768

שם האב : אשר
 ת לידה : 06/05/1944
 מין : ז'
 סוג דם : +O
 ארץ לידה : ישראל
 מצב משפחתי :
 גיל : 58
 קבלה לבית החולים : 11/12/2001
 קבלה למחלקה : 11/12/2001
 תאריך שחרור : 18/12/2001
 החולה שוחרר לביתו

אבחנות

MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE

185

פעולות / ניתוחים

PROSTATECTOMY RADICAL

12/12/2001

605

אנמנזה

התקבל אלקטיבית לצורך ניתוח RADICAL PROSTATECTOMY.

סיבת האישפוז

המחלה הנוכחית

בן 56. נ+4. עובד רשות השידור.
 בריא בד"כ.
 מגיל 36 סובל מהפרעות במתן שתן : נוקטוריה 3-4 X, זרם השתן בינוני. ללא זיהומים. ללא המטוריה. לא מטופל תרופתי.
 במסגרת מעקב נבדק PSA -> 4.9.
 TRUS+BX מ-11/01: 3+3 ADENO CA GLISSON ב1 מתוך 6 קורים ב- 3% מהחומר. לא צוין מאיזה אונה.
 הוסבר לחולה על אופציות הטיפוליות. החולה בחר טיפול כירורגי רדיקלי.

מחלות ברקע

1. לפני 8 שנים עבר ניתוח בשל טחורים.
2. לפני 25 שנה - צהבת זיהומית.

שולל מחלת לב, ראות, י.ל.ד., סוכרת.

לא ידועות

רגישויות

לא לוקח/ת תרופות

תרופות קבועות

בדיקה גופנית בקבלה

בדיקה כללית

טוב

מצב כללי

לחץ דם : סיסטולי: 130, דיאסטולי: 75, דופק: 74, דופק סדיר, חום PO: 36,

סימנים חיוניים

7 8 10

מרכז רפואי רמב"ם
אורולוגיה
מנהל : פרופ' שמעון מרטיק
טלפון : 04-8542615/2854
פקס : 04-8542745
כתובת : ת.ד. 9602 חיפה 31096
דואר אלקטרוני :



סיכום אישפוז 62651/01

2 : 97

שם : סדן גיל
מספר זהות : 150738-8
כתובת : ירושלים פסגת זאב משה ונסורה 137
טלפון : 02-6560768

בדיקת מערכות

עור
ראש וגולגולת
קשריות לימפה
צוואר
בית חזה
ריאות
לב
בטן
גפיים
בדיקה רקטלית

ב.מ.פ.
ראש : סימטרי ללא דפורמציות
לא נמושו קשריות מוגדלות בכל הותחנות
תקין וסימטרי,
סימטרי,
כניסת אוויר שווה וטובה זו צדדית, ללא קולות נוספים.
קולות תקינים, קצב סדיר,
רכה, ללא רגישות, ללא רבאונד או דפנס, נייע תקין,
טחול, כבד, אינס נימושים,
ללא נפיחות, דליות, בצקות, אודם או רגישות וללא הגבלה בתנועה,
ללא סימני DVT,
ערמונית נמושה מוגדלת 1+, לא חשודה.

ספירת דם

בדיקה	יח מידה	ערכי יחוס	WBC x10 ³ /mcrl	RBC x10 ⁶ /mcrl	HGB g%	HCT %	MCV fl	PLT x10 ³ /mcrl
			4.8-10.8	3.8-5.5	11.5-17.5	36-52	80-94	130-400
12/12/200	גזבדם				12.9	39.0		
12/12/200	גזבדם				12.8	38.0		
12/12/200	דחופה		16.7	4.34	13.1	38.1	87.9	197

ביוכימיה

בדיקה	יח מידה	ערכי יחוס	GLU-BL MG/DL	K MMOL/L	NA MMOL/L	CL MMOL/L	CALCIUM MG/DL	BUN MG/DL	CREAT MG/DL
			70-110	3.5-5.3	133-147	95-110	8.4-10.6	5-20	4-1.3
12/12/200	גזבדם		170.0	4.0	143.0	110.0			
12/12/200	גזבדם		160.0	4.2	142.0	109.0			
12/12/200	דחופה		150.5	4.9	143.8		8.3	9.1	1.2
13/12/200	ביוכי		118	4.0	137	111.3		12	1.16

גזים בדם

בדיקה	יח מידה	ערכי יחוס	PO2 MM/HG	PCO2 MM/HG	HCO3 MMOL/L	BE MMOL/L	LAC ACID MMOL/L	CA++ MMOL/L	PH
			-	-	-	-	-	.85-1.33	-
12/12/200	גזבדם		162.4	51.1	23.7	2.9-	4.3	1.02	7.273
12/12/200	גזבדם		153.4	40.9	24.0	0.5-	2.3	1.05	7.375

דין וסיכום

בתאריך 12/12/01 בהרדמה משולבת עבר ניתוח RADICAL PROSTATECTOMY. במהלך הניתוח קיבל 6 מנות דם ו-2 מנות FFP.
מהלך לאחר הניתוח היה תקין : ללא חום, פצע תקין. אוכל ושותה, מעביר פעולת מעיים.
במצב כללי טוב משתחרר עם הקטטר. ראה המלצות.

המלצות

מומלצת מנוחה בבית למשך 6 שבועות



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

01307388 גיל סדן, ת.ז.

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
To: Gili Mehulal <gili_mehulal@mod.gov.il>

Thu, May 7, 2020 at 3:05 PM

שלום רב וצהריים טובים,

מצ"ב מכתבי בעניין מרשי שבנדון בצירוף נספחים כמבוקש.

לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

כן, אודה לאישורך בדבר קבלת המייל.

בתודה מראש ובברכת המשך יום נעים,

אריאל

--

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימושם הבלעדי של המכותבים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב

אנא לא להעתיק או להפיץ את המידע הנמצא בדף זה ללא אישור מפורש מבעליו. כל העתקה או הפצה ללא אישור מהבעלים מהווה עבירה על חוקי המידע והפרטיות.**פניה לועדת למד עם נספחים**

585K

$$\frac{130}{12}$$

65 - 62 10.25 1.7

2 10.27 378

10.27 378

טופס בקשת מידע וויתור על סודיות

לידי: משרד ראש הממשלה, הקריה למחקר גרעיני – לשכת היועץ המשפטי.

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>981c</u> שם האב	<u>001307388</u> תעודת זהות	<u>52</u> שם פרטי	<u>130</u> שם משפחה	
<u>052-3466366</u> טלפון	<u>0314807</u> מיקוד	<u>ח' אב' 2</u> עיר	<u>8</u> מס'	<u>ח' אב' 130</u> רחוב

הנני מבקש כי הקריה למחקר גרעיני – נגב באמצעות לשכת היועץ המשפטי תמסור לבא כוחי את המידע על אודותי המצוי במאגר המידע שברשותכם.

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 למשרד ראש הממשלה ו/או לשכת היועץ המשפטי בקריה למחקר גרעיני – נגב לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או עברי התעסוקתי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות משרד ראש הממשלה ו/או לשכת היועץ המשפטי בקריה למחקר גרעיני 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, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או עברי התעסוקתי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי לרבות תיקי האישי בעבודה, תיקי הרפואי, טפסי הודעה על תאונות בעבודה, נהלי בטיחות בעבודה, רשימת חומרים עימם באתי במגע, תלושי שכר ורישום ימי חופשה ומחלה מתקופת עבודתי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף כל המוסדות לרבות משרד ראש הממשלה ו/או לשכת היועץ המשפטי בקריה למחקר גרעיני 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 יפת גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי ו/או תעסוקתי ו/או מקצועי ו/או כל מידע אחר המצוי במאגרי המידע של משרד ראש הממשלה ו/או הקריה למחקר גרעיני – נגב לרבות רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

תאריך: 12.3.18 X עד לחתימה ומס' ת.ז. X חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____

לקבל את המידע המפורט לעיל

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

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
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה 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 הנפשי ו/או בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או למרכז למחקר גרעיני (ממ"ג) ו/או לקריה למחקר גרעיני (קמ"ג) למסור ל - _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

ייפוי כח

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

הסכם לתשלום שכר טרחה – קמ"ג/ממ"ג – ועדת ריבלין והסדר חקיקתי

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 12 בחודש 07 שנה 2010

בין : ע"פ 30 (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בנסיון למימוש זכויותיו לפיצויים בקשר למחלתו במסגרת הוועדה הציבורית שהוקמה בנושא ו/או במסגרת ועדת ריבלין או אחר ו/או במסגרת תביעה לבית המשפט ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין יהיה מורכב מהסכומים הבאים:

א. ~~תשלום ראשוני בסך 4,500 ₪ + מע"מ.~~

ב. 20% (כולל מע"מ) מכל סכום שישולם ללקוח, לרבות תגמולים עתידיים עבורו ועבור בני משפחתו או מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן על ידי בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

ג. ~~2,000 ₪ + מע"מ עבור כל ישיבת ועדה, במקרה של ייצוג פרטני למימוש הזכויות.~~

2. הוצאות הטיפול יחולו על הלקוח, לרבות הוצאות מומחים בגין יחתום הלקוח על התחייבות בלתי חוזרת בנוסח הרצ"ב.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

הלקוח