

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

17.1.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
באמצעות האתר

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

א.ג.נ.,

הנדון: עלי אלקרינאוי, ת"ז 323849190
מכתב – בקשה לבחינה מחדש

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מכתבכם מיום 7.12.22 ובו החלטתכם הובא לעיוני ומכאן מכתבי זה.
2. החלטתכם לפיה אין המדובר בתאונת עבודה הינה לכל הפחות שגגה.
3. כידוע לכם, במועד הרלוונטי עבד מרשי בתחנת דלק וחנות נכות של חברת דלק מנטה בע"מ.
4. במהלך עבודתו וכתוצאה ממנה (באופן הכי מובהק שיש) התחשמל מטוסטר ונפגע בגופו!
5. לאחר התאונה טופל בבית החולים סורוקה שם נכתב מפורשות "התקבל לאחר שהתחשמל בזמן העבודה מטוסטר במשך שניות..."
6. כתוצאה מהתאונה נפגע בעמוד השדרה ובכל הנוגע למצבו הנפשי.
7. אין המדובר באימרה של עו"ד, המדובר הוא בתעודות רפואיות שניתנו בזמן אמת!
8. בתאריך 28.9.22 עקב חומרת מצבו מחמת התאונה ותוצאותיה פנה מרשי פעם נוספת לקבלת טיפול רפואי שם נרשם "כעת פנה בשל כאבי גב, כאבי רגליים, חולשה כללית, חרדות ואי יכולת לישון, קושי בשינה, חלומות על המקרה."

*רצ"ב תעודות רפואיות.

9. מכל האמור, הנכם מתבקשים לעיין מחדש בהחלטתכם ולהכיר במרשי
כנפגע תאונת עבודה.

10. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי.



בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

הופק ע"י דר' אל האג' חאלד 05:03 09/09/2022

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 81 10 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 02:03 27/09/2022 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

סיכום טיפול במלרד: שחרור
מועבר למחלקה
מקבל ההמלצה במחלקה
שעות הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

• electric shock

אבחנות בשחרור

תלונה עיקרית ומחלה מכחית
התחשמל

תוספת למחלה נוכחית

בן 21 בריא בדרך כלל.
התקבל לאחר שהתחשמל בזמן העבודה מטוסטר במשך שניות
ללא כאב חזה או אובדן הכרה

בבדיקה ללא סימני כביה.
ללא נמצא הריג.

מעבדה - טרופומין שלילי מיגולובין שלילי CPK תקין
ללא ממצא נוסף

אקו סינוס ללא סימני אסימכיה

לסיכום הלשים מספר שעות השגחה כעת מצבו יציב ומאשפר שחרור
לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

תאריך ושעה	הכרה EWS	לחץ דם	דופק	חום PO	סטורציה	VAS
02:05 27/09/2022	ער וצלול	126 / 60	68	36.8	98	2

רופא אחראי

רופא דר' אל האג' חאלד מ.ר. 1152272

27/09/2022 05:00 חלקי חלקי

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס מנהל המלר"ד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:03 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 81 10 רהט 8535700 טלפון: 0539534238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת
--	---	---

תוצאות מעבדה באירוע

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	27/09/22 04:42	27/09/22 03:55	27/09/22 03:55
המטולוגיה	HB (gr/dL)	14.0-18.0	14.1		
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0	41.3↓		
המטולוגיה	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10	4.53↓		
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0	91.2		
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0	31.1↑		
המטולוגיה	MCHC (gr/dL)	33.0-37.0	34.1		
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5	11.8		
המטולוגיה	RDW-SD (fL)		39.1		
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80	6.42		
המטולוגיה	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00	3.55		
המטולוגיה	LYMP.abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20	2.37		
המטולוגיה	MONO.abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00	0.40		
המטולוגיה	EOS.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80	0.07		
המטולוגיה	BASO.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20	0.03		
המטולוגיה	NEUT% (%)		55.3		
המטולוגיה	LYM% (%)		36.9		
המטולוגיה	MONO% (%)		6.2		
המטולוגיה	EOS % (%)		1.1		
המטולוגיה	BASO % (%)		0.5		
המטולוגיה	NORMOBLAST.abs (*10 ³ /ul)		0.00		
המטולוגיה	NORMOBLAST.% (%)		0		
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400	187		
המטולוגיה	MPV (fL)	7.1-11.1	11.4↑		
המטולוגיה	PCT (%)		0.2100		
ביוכימיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	ICTERIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	LPEMIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100			106↑
ביוכימיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0			23.9
ביוכימיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17			0.82

הופק ע"י דר' אל חאג' חאלד 27/09/2022 05:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 10 81 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 02:03 27/09/2022 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	27/09/22 04:42	27/09/22 03:55	27/09/22 03:55
ביוכימיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20			0.81
ביוכימיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.18
ביוכימיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.63
ביוכימיה	SODIUM (mEq/L)	135-145			137
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1			4.0
ביוכימיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106			102
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60			9.48
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0			4.4
ביוכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60			2.15
ביוכימיה	ALK PHOSPHATASE (U/L)	30-120			81
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-35			20
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45			11
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-55			14
ביוכימיה	AMYLASE (U/L)	28-100			75
ביוכימיה	LIPASE (U/L)	0-67			21
ביוכימיה	TROPONIN T (ng/L)	0.000-14.000		<13	
ביוכימיה	MYOGLOBIN - BLOOD (ng/mL)	28-72			קטן מ-21
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50			קטן מ-0.02

*תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

1152272-4
מכתב וחתם ע"י דר' אל חאג' חאלד מ.ר. 1152272

מכתב וחתם ע"י דר' אל חאג' חאלד מ.ר. 1152272

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

הופק ע"י ד"ר אל חאג' חאלד 05:03 27/09/2022

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שורצפוקס מנהל המלרד: ד"ר דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 02:03 27/09/2022 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 81 10 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת
--	---	--

מטופל/ת נכבד/ה,
 באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי
 סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

ת.ז: 1323849190

שם המבוטח:

אלקרינאוי עלי

מין:

זכר

ביטוח:

מאחדת

ת.לידה:

07/09/2001

כתובת:

אלסלאח 17 רהט

מיקוד:

85357

טלפון:

053-9634238



סיכום ביקור

ביקור ב - 29/09/2022 18:20 אצל ד"ר אבו אלעסל אוסמא , רפואה כללית מ.ר: 161161
 ביקור ראשון עם אישור זמני

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- העתק מ-28.09.2022: בן 21, בריא בד"כ,
 עובד בתחנת דלק, בתאריך 27.09.22 במהלך העבודה קיבל מקת חשמל,
 הופנה לבית חולים סורוקה, עבר בירור כולל אקג, אשר היה תקין.
 בבדיקות מעבדה ללא ממצא חריג, CPK בגדר הנורמה, טרופונין שלילי.
 בנוסף נשאר להשגחה למספר שעות, אחר מכן שוחרר לביתו.
 כעת פנה בשל כאבי גב, כאבי רגליים, חולשה כללית,
 חרדות ואי יכולת לישון, קושי בשינה, חלומות על המקרה.
 החולה מרגיש אי איזון ברגליים וחולשה כללית.

- ביום 29.09.2022:
 פנה עקב כאבים בגב תחתון , מקרין לרגליים
 קושי בשינה בלילה , חרדות
 כאבים ממושכיים .

- אתמול נסגר דלת רכב אצבע אגודל צד ימין

בדיקה גופנית

- מצב כללי טוב
 גב רגישות , כאבים בזמן כיפוף
 זרמים נמשו ברגליים
 • אגודל צד ימין עם נפיחות , רגישות , אודם

אבחנות

- S/P SHOCK ELECTRIC
- BACKACHE
- PAIN LEG bilateral
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
- CONTUSION FINGER right , 1

טיפול אחיות

- זריקה/מתן תרופה ABITREN TEVA 75MG/3ML 10AMP

-- רפואי אישי --



תאריך רישום: 08/11/2022
תאריך הדפסה: 08/11/2022

ת.ז: 1323849190 שם המבוטח: אלקרינאוי עלי מין: זכר ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 07/09/2001
כתובת: אלסלאח 17 רהט מיקוד: 85357 טלפון: 053-9634238



סיכום ביקור

ביקור ב - 08/11/2022 18:21 אצל ד"ר אלקרינאוי ג'ברין , רפואה פנימית מ.ר: 120792
ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- פנה עקב כאבים יד צד ימין לפני שבועיים בוצע גבס יד צד ימין , ששבר במסרק 5 . בוצע צד גבס קוברה . כאבים גב תחתון מקרין לרגליים

בדיקה גופנית

- מצב כללי טוב
גב רגישות , כאבים בזמן כיפוף
זרמים נמשו ברגליים
יד צד ימין עם צד גבס , ללא נפיחות באצבעות

אבחנות

- FRACTURE FINGER , 5
- BACKACHE
- CONTUSION OF HAND left

הפניות למכונים

- נויירולוג

תרופות

- ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 4/day for 20 days 3 O.P.(15%)

דיון והמלצות

מצב כללי טוב
משככי כאבים לפי צורך
טיפול לפי מרשם
בכל החמרה בכאבים לפנות לבדיקת רופא זמין



רשיון: 120792

רופא/מטפל: ד"ר אלקרינאוי ג'ברין

תחום עיסוק: רפואה פנימית

כתובת: שכונה 17 רהט

טלפון: 08-9527201

חתימה וחותמת הרופא

ת.ז: 1323849190	שם המבוטח: אלקר יענון עלי	מין: זכר	בטוח: מאוחדת	ת.לידה: 07/09/2001
כתובת: אלסלאח 17 רהט	מיקוד: 85357	טלפון: 053-9634238		

מ.ס. טופס 3159002546

הבדיקה הדרושה: **ניירולוג - ICG0038**

תלונות החולה:

- פנה עקב כאבים יד צד ימין לפני שבועיים בוצע גבס יד צד ימין, ששבר במסרק 5. בוצע צד גבס קוברה. כאבים גב תחתון מקרין לרגליים

בדיקה גופנית:

- מצב כללי טוב
גב רגישות, כאבים בזמן כיפוף
זרמים נמשו ברגליים
יד צד ימין עם צד גבס, ללא נפיחות באצבעות

אבחנות:

- BACKACHE
- CONTUSION OF HAND left
- FRACTURE FINGER, 5

שאלות לבדיקה:

עקב זרמים ברגליים

רפא/מטפל: ד"ר אלקרימאוי ג'ברין	רשיון: 120792	טלפון: 08-9527201
תחום עיסוק: רפואה פנימית	שכונה 17 רהט	



תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לגפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
דלק מנטה קמעונאות דרכים בע"מ	921325379	098605555
ת"פ 513094219	מיקוד	טלפון פקס
רחוב / תא דואר	ישוב	
ד' קול יקום		

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
אפקר יאוי	ע	זכר ☒ נקבה ☐	393849190

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך: 26092022 בשעה: 2324 כאשר עבד ב: יתחם אבק'ס. סוג העבודה

מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: תחנת דלק, גשר אבק'ס.

תיאור התאונה: העובד הילחם באסטר, כליהוציא את האסטר והילחם קיבל כדח חלואה.

האיבר שנפגע: התחלואה.

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך: 30.9.22 תפקיד החותם: _____ שם החותם: חנית חיון חתימה וחותם: _____

דלק מנטה קמעונאות דרכים בע"מ

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 3239999 מס', מרחוב 5C 6 4 10 14,
ת.ז. מס' 3239999, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 26.9.22 בענין תאונת דרכים מיום 26.9.22 של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 26.9.22 נגד 26.9.22 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 הכת, 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 פס"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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 ענייני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם ענייני 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 5 לחודש _____ שנה 2

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פריינברג~~

~~מס' רשיון: 62254~~

~~עורך-דין~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם משפחה <u>סל</u>	שם פרטי <u>רבי</u>	תעודת זהות <u>323849190</u>	שם האב <u>טלפון</u>	רחוב <u>81/10</u>
<u>6</u>	<u>רבי</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>	<u>מס'</u>

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

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

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

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

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

חלק ב' שם קופ"ח: <u>אמ"ר</u> 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: 15.1.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X