

ABA HILLEL 7 ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983



אריאל פרייברג  
משרד עורכי דין

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב  
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון : שי רבנסרי, ת.ז. 305636474

תאונה מיום 19/1/23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תיעוד רפואי אישור משטרה ודו"ח פציעה.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

  
בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 8

305636474

נא ציין את מספר תעודת זהות

|                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div> <div> <div>0</div> <div>1</div> </div> <div> <div>סוג המסמך</div> <div>דפים</div> </div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div> <div>מס' זהות / דרכון</div> <div>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תאונה בעבודה<br><input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט | <input checked="" type="checkbox"/> שכיר<br><input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> מתנדב | <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית<br><input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

פרטי התובע

1

|            |            |                                                       |
|------------|------------|-------------------------------------------------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| רינסר      | י'         | 305636474                                             |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני:                                        |
|            | 0545695195 | @                                                     |

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 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 מהרשום במשרד הפנים

|         |         |      |       |         |                |
|---------|---------|------|-------|---------|----------------|
| מיקוד   | יישוב   | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| 6907942 | תל אביב |      |       | 6       | סוף 7          |

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

2

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

|                |                          |          |      |       |       |
|----------------|--------------------------|----------|------|-------|-------|
| שם מעסיק/ מפעל | תפקיד התובע במקום העבודה |          |      |       |       |
|                |                          |          |      |       |       |
| רחוב / תא דואר | מס' בית                  | כניסה    | דירה | יישוב | מיקוד |
|                |                          |          |      |       |       |
| טלפון קווי     | טלפון נייד               | מספר פקס |      |       |       |
|                |                          |          |      |       |       |

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 אמור/ה לבצע)

|                |            |           |      |       |       |
|----------------|------------|-----------|------|-------|-------|
| שם העסק        | סוג העיסוק |           |      |       |       |
|                |            |           |      |       |       |
| רחוב / תא דואר | מס' בית    | כניסה     | דירה | יישוב | מיקוד |
|                |            |           |      |       |       |
| טלפון קווי     | טלפון נייד | טלפון פקס |      |       |       |
|                |            |           |      |       |       |

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☒ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☒ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

19/01/2023

שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

יבנה ביה"ח

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ 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 נוסף), נא פרט

האם ננחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

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

|                                                                                                                                                      |                                       |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| האיבר שנפגע                                                                                                                                          | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) |
| א. כ"מ                                                                                                                                               | חלונג                                 |                                                   |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה                                                                                                                       | תקופת אשפוז                           | שם בית החולים / מחלקה                             |
| 19/01/2023<br>שנה חודש יום                                                                                                                           | 13/01/23<br>שעה                       | אסלזר                                             |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ממה סבלת ומתי |                                       |                                                   |
| יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים                                                                                                                     |                                       |                                                   |
| פרטי הרופאים המטפלים                                                                                                                                 |                                       |                                                   |
| שם הרופא                                                                                                                                             | תחום המומחיות                         | כתובת המרפאה<br>שבה טופלת/י או אני מטופל          |
|                                                                                                                                                      |                                       | טלפון המרפאה                                      |

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

|                     |                |            |
|---------------------|----------------|------------|
| שם גורם מסייע       | כתובת          | טלפון      |
| עו"ד סה"א פה"ח רח"ע | אסלזר חל, תת א | 03-7412358 |

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

שם הקבלן המבצע

שם התאונה בבניין

שם האתר

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

תביעה נגד

שם עורך הדין המטפל

כתובתו

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

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* נא לצרף אישורים מתאימים.  
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:  
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת \* נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

|                                                         |  |                                                                                        |  |                                            |
|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה    |  | מתאריך<br>שנה _____ חודש _____ יום _____<br>עד תאריך<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ |  | משעה _____ עד שעה _____                    |
| <input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי          |  | מתאריך<br>שנה _____ חודש _____ יום _____<br>עד תאריך<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ |  | משעה _____ עד שעה _____                    |
| <input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ |  | <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה                                              |  | <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה |
| שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:       |  |                                                                                        |  |                                            |
| משעה _____ עד שעה: _____                                |  |                                                                                        |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> עבודה במשמרות                  |  |                                                                                        |  |                                            |

8

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

יש להמציא הוכחת 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 \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה ☒

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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.  
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 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 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 היא 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: 7.3.23 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות  
ב"ס

שם משפחה

שם פרטי

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - 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 לעסק 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       | שם הקבלן הראשי                     | שם הקבלן המבצע |

☐ 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**

שם המפעל / המעסיק \_\_\_\_\_

מספר תיק ביכויים במוסד לביטוח לאומי \_\_\_\_\_

תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-% \_\_\_\_\_ מספר ימי העבודה בשבוע: \_\_\_\_\_

☐ 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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא                |                          | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו |           |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|
|                               |                            | יומי                     | חודשי                    |                                          | למקופה                                           | שם התשלום |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |

☐ 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: \_\_\_\_\_

חתימת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

3

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: \_\_\_\_\_

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר \_\_\_\_\_

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

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 כעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_

5

**פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר**

☐ 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)

**קיצוץ:**

☐ 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

| פרטים אישיים                                                                                                                                                         |                 |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| קוד גמלה                                                                                                                                                             | מספר זהות/דרכון | תאריך הפגיעה               |
| 60                                                                                                                                                                   | 305636474       | 19/01/2023<br>שנה חודש יום |
| שם משפחה                                                                                                                                                             | שם פרטי         |                            |
| רזניסר                                                                                                                                                               | ע               |                            |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                 |                            |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                 |                            |

| הצהרה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.</p> <p>תאריך <u>7.3.23</u> חתימת המבוטח * <u></u></p> |

23/1/23

(יש לציין את תאריך מילוי הטופס)

תאריך



ישראל

משטרה

## דו"ח על פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי)

(09.04.01 ; 08.01.09)

ראה דף הסבר בגב הטופס

### יופץ ע"י קצין רווחה יחידתי

1. מקור + העתק לחוליית נפגעים (בצירוף מסמכים נלווים).
2. עותק לקצין אמ"ש יחידתי להזנה במסוף ולתיוק בתיק אישי.
3. עותק למחלקת בטיחות/סמפכ"ל.

חותמת "הוסב" של יחידת השירות

(כמפורט בסעיף 1 שבדף ההסבר)

### חלק 1: יומלא ע"י הפצוע

|              |             |             |         |           |
|--------------|-------------|-------------|---------|-----------|
| מספר אישי    | דנה         | שם משפחה    | שם פרטי | מספר ת"ז  |
| 1238757      | דנה         | דגסי        | שי      | 305636474 |
| יחידת שירות  | כחובת       | טלפון       |         |           |
| א/מ/א"ח תל"ד | ש"ר 49 תל"א | 054-5695195 |         |           |

פרטים אישיים:

א. תאריך הפציעה: 19/1/23 שעת הפציעה: 12:00

ב. נסיבות הפציעה: (תיאור נסיבות חבלה ולא מחלה) מאלות דרכים גלגלית משאית

א/מ/א"ח 2794

ג. אברי גוף שנפגעו: (במקרה של פגיעה בשיניים יש לציין מספרי השיניים שניזוקו ולצרף אישור מרופא שיניים על מהות הנזק)

ג. אברי גוף שנפגעו: גלגלית

ד. עדים למקרה: (כולל כתובת וטלפון, לגבי שוטר יש לציין מ"א) אין

ה. אושפזתי/טופלתי במוסד רפואי: ☐ לא ☒ כן א. נא ציין שם המוסד הרפואי א/מ/א"ח

ב. נא צרף את כל המסמכים הנדרשים כמפורט בדף ההסבר.

ו. חבר בקופת חולים: שם קופת החולים מכבי סניף רמת קאלה

ז. במקרה של תאונת דרכים יש לפרט: 1. מס' תיק ת"ד/יומן: 8 נפתח ביחידת את"ן גלגלית תל"א

2. פרטי הנהגים המעורבים בתאונה:

|         |                |                 |     |              |
|---------|----------------|-----------------|-----|--------------|
| נהג א   | שם פרטי        | שם משפחה        | מען | מספר הפוליסה |
| שי      | דגסי           | ש"ר 49 תל"א     |     |              |
| מס' רכב | שם חברת הביטוח | מס' רכב         |     |              |
| 75470   | אנ"ש           | 75470           |     |              |
| נהג ב   | שם פרטי        | שם משפחה        | מען | מספר הפוליסה |
| אמנה    | דגסי           | א/מ/א"ח 39 תל"א |     |              |
| מס' רכב | שם חברת הביטוח | מס' רכב         |     |              |
| 7363465 | אנ"ש           | 7363465         |     |              |



טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

פרטים כלליים

|                   |               |                               |       |
|-------------------|---------------|-------------------------------|-------|
| 31437/2023        | מספר תיק פלא  | יחידת בוחנים מחוז תא          | יחידה |
| ת.ד., ת.ד.        | סיווג תיק     | אמץ 2, תל אביב                | כתובת |
| ח                 | מס' מסמך בתיק | 03-6801554                    | טלפון |
| 14:40, 22/01/2023 | תאריך         | 03-6803607                    | פקס   |
|                   |               | bohanim.telaviv@police.gov.il | דואל  |

לכל המעוניין

1. תאריך  
התאונה:

19/01/2023

בשעה

12:15

2. מקום התאונה:

תל אביב - יפו בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

|            |       |             |        |           |            |
|------------|-------|-------------|--------|-----------|------------|
| מספר רכב   | 75470 | סוג רכב     | אופנוע | תוצר רכב  | סוזוקי-יפן |
| חברת ביטוח | ענבל  | מספר פוליסה | ענבל   | סוג לוחית | משטרית     |

מעורבים ברכב:

| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא    | שנת לידה   | כתובת              | קופ"ח / בית חולים                               | חומרת הפגיעה |
|-------------|-----------|-----------|------------|--------------------|-------------------------------------------------|--------------|
| נהג         | 305636474 | רבנסרי שי | 18/04/1991 | ת"א - יפו, סומקן 6 | קופ"ח / בית חולים -<br>הדסה עירוני -<br>איכילוב | קלה          |

פרטי הרכב:

|            |         |             |             |           |          |
|------------|---------|-------------|-------------|-----------|----------|
| מספר רכב   | 7363465 | סוג רכב     | פרטי נוסעים | תוצר רכב  | מזדה יפן |
| חברת ביטוח |         | מספר פוליסה |             | סוג לוחית | ישראלית  |

מעורבים ברכב:

| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא     | שנת לידה   | כתובת                  | קופ"ח / בית חולים                               | חומרת הפגיעה |
|-------------|-----------|------------|------------|------------------------|-------------------------------------------------|--------------|
| נהג         | 304837677 | גרושה אמנה | 18/09/1990 | ת"א - יפו, ארליך<br>39 | קופ"ח / בית חולים -<br>הדסה עירוני -<br>איכילוב | קלה          |

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים: 2

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

22/01/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1059104

שם משפחה

ירקוני

שם פרטי

יוסף

פרטי השוטר המוסר

1059104

יוסף

ירקוני

רסב

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

חוקר/בוחן תנועה תאונות דרכים

יחידת בוחנים מחוז תא

מקום שרות

תפקיד

חתימה  
22/01/2023 14:40

THE STATE OF ISRAEL  
MINISTRY OF HEALTH  
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Tel-Aviv University  
Sackler Faculty of Medicine  
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906  
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב  
ע"ש סוראסקי  
איכילוב  
www.tasmc.org.il

מערך המחלקה לרפואה דחופה

## שחרור רפואי

מדינת ישראל  
משרד הבריאות

## המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
באוניברסיטת תל-אביב  
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906  
טל: 03-6974444

|                               |                                            |                        |
|-------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה | מנהל/ת מחלקה: דר' דרוקר אהוד<br>מ.ר. 92576 | אח/ות אחראית: שירה פלג |
| טלפון: 03-6973232             | פקס: 03-6973652                            | דוא"ל:                 |

|                        |                   |                                                  |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------------|
| שם משפחה: רבנסרי       | שם פרטי: שי       | ת.ז.: 305636474                                  |
| תאריך לידה: 18/04/1991 | גיל: 31           | טלפון: 35073664                                  |
| מין: זכר               | מבוטח בקופה: מכבי | כתובת: סומקן 6 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6807942 |

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 19/01/2023 13:10 מספר מקרה: 12825766

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

### מחלה נוכחית

בן 31.  
סיבת פניה: לדבריו נסע באופנועו כאשר מכונית פנתה שמאלה והתנגש בצידה במהירות נמוכה. נחבל בגב תחתון. מדווח על כאב בגב תחתון. ללא חבלת ראש. ללא תלונות אחרות.  
מדדים: ל"ד: 131/63, דופק: 93, ללא טאכיפיניה, ללא דסטורציה בדיקה:  
A - מדבר  
B - כניסת אוויר שווה דו"צ, ללא קרפיטאציות במישוש בית החזה, בית חזה עולה סימטרי  
C - יציב, ללא שט"ד  
D - אישונים שווים ומגיבים לאור, מניע 4 גפיים  
CAPVE - ללא רגישות במישוש כלוב הצלעות ובית החזה, ללא רגישות במישוש הבטן, ללא רגישות באגן, רגישות ע"ג חוליות עמוד שידרה תחתון, סימני שפשוף קלים על שוק ימין.  
FAST: תקין  
צילום: ללא עדות לשבר

CT עמ"ש-

\*תשובה סופית \*

קליניקה: בן 31, חבלת גב תחתון  
טכניקה: ע"ש המותני נסרק מגובה L1 עד גובה S1.  
בוצעו שחזורים סגילים במקביל למרווחים הדיסקלים.  
אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה  
שחזורים מולטיפלנרים: עמדה תקינה של ע"ש מותני.  
מבנה גרמי: ללא עדות לשבר. מרקם גרמי אחיד.  
SCHMORL'S NODES: אוסטאופיטים קדמיים קטנים  
הסגנת שומן שטחית ברקמות רכות אחורית לחוליות L3-5.  
רושם לעיבוי לולאות ג'ג'ונם בבטן שמאלית, ייתכן משנית לפריסטלטיקה. לקורלציה קלינית.  
לסיכום:  
ללא עדות לשבר.  
הסגנת שומן שטחית ברקמות רכות אחורית לחוליות L3-5.

אבחנות במיון

|               |                |        |                            |
|---------------|----------------|--------|----------------------------|
| שם: שי רבנסרי | ת"ז: 305636474 | מקרה : | מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה |
|---------------|----------------|--------|----------------------------|

|     |     |     |       |       |    |        |                                             |
|-----|-----|-----|-------|-------|----|--------|---------------------------------------------|
| Rec | M/P | S/P | עיקרי | תאריך | צד | קוד    | אבחנה                                       |
|     |     |     | ✓     |       |    | E819.9 | MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED |

## נתונים קליניים

## סטטוס מטופל

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| תאריך ושעה       | סטטוס מטופל          |
| 18:34 19/01/2023 | ממתין להחלטה         |
| 17:35 19/01/2023 | ממתין ליועץ, אורתופד |
| 16:31 19/01/2023 | ממתין להחלטה         |
| 14:49 19/01/2023 | השגחה, ממתין לפיענוח |

## ביצוע תרופות

|                                              |              |                  |                   |
|----------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|
| תרופה                                        | תזמון מהוראה | תאריך ושעה       | צורת מינון ומינון |
| TETADIF (DIPHTERIA-TETANUS adult) VAC 0.5 ml | Once         | 14:13 19/01/2023 | ml I.M 0.5        |
|                                              |              | שרון מיכל        |                   |

## סיכום

כמתואר

יעוץ אורתופד -

בבדיקה:

הליכה בתבנית תקינה, ללא רגישות במישוש עמ"ש

שפשוף באיזור עמוד שדרה מותני

כח גס ותחושה שמורים ברגליים בפיזור L2-S1 דו"צ

SLR שלילי

CROSS שלילי.

הופקו החזרי גידים דו"צ.

ללא החזרים פתולוגיים דו"צ

שוק ימין - שפשוף קל מעל טיביה ממין ללא דפורמציה ללא רגישות גרמית

בצילום - ללא עדות לממצא גרמי חריף

CT - תפיחות רקמה רכה ללא עדות לממצא חבלתי אחר

משוחרר אורתופדיה בהמלצות -

## המלצות כלליות

המלצה:

\* שיכון כאבים לפי הצורך

\* מנוחה/חופש 5 מחלה ימים.

\* פיזיותרפיה במסגרת קופ"ח.

\* מעקב אורטופד בקופ"ח בעד כשבוע.

\* קירור מיקומי

\* בכל מקרה של החמרה בכאבים, הופעה של חולשה או ירידה תחושתית בגפיים, אבדן שליטה על סוגרים יש לפנות בדחיפות לרופא.

חופשת מחלה: 5 ימים.

## חתימת אחות משחררת

|                        |             |                  |
|------------------------|-------------|------------------|
| שם החותם               | תפקיד       | זמן חתימה        |
| מחאמיד עלי מ.ר. 222915 | אחות/משחררת | 19/01/2023 19:24 |

## רופאה משחררת

|                         |              |                  |
|-------------------------|--------------|------------------|
| שם החותם                | תפקיד        | זמן חתימה        |
| שנטי מוחמד מ.ר. 1149718 | רופא/ה משחרר | 19/01/2023 18:41 |

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

|               |                |       |                            |
|---------------|----------------|-------|----------------------------|
| שם: שי רבנסרי | ת"ז: 305636474 | מקרה: | מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה |
|---------------|----------------|-------|----------------------------|

**בפנייה חוזרת למיין או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.**

#### מסמכים נלווים

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - \*8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות [www.kolzhut.org.il](http://www.kolzhut.org.il)

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

מ.ר. גורם מפנה



031067

מסמך אושר  
דיגיטלי  
מכבי

ד"ר בן אהרון יוסף

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 308194282

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

|                                       |                  |                  |                           |
|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                           | שם משפחה: רבנסרי | שם פרטי: שי      | ת.ז.: 305636474           |
| ת.לידה: 18/04/1991                    | מין: ז           | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0545695195 |
| כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו | מיקוד: 6819046   |                  |                           |



0305636474

## התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ב19.01 היה מעורב בת"ד  
תלונות על כאבי גב

ממצאים: רגישות באיזור שרירי גב תחתון

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- LOW BACK PAIN

מעש/ת: אין מידע

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

23/01/2023

חתימת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/מכבי יעוץ

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/01/2023 עד תאריך - 22/07/2023



031067



ד"ר בן אהרון יוסף

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

|                                       |                  |                  |                           |
|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                           | שם משפחה: רבנסרי | שם פרטי: שי      | ת.ז.: 305636474           |
| ת.לידה: 18/04/1991                    | מין: ז           | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0545695195 |
| כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו | מיקוד: 6819046   |                  |                           |



0305636474

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 19/01/2023 עד יום: 31/01/2023 סה"כ: 13 ימים.

Dys. Road accident  
Back pain

23/01/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חתימה וחותמת הרופא



125448

מסמך אושר  
דיגיטלית  
מכבי

קוד הפניה: 308255314

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שני

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

0000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 18/04/1991



מיקוד - 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

0305636474

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

**תלונות:** במהלך עבודתו היה מעורב בת.ד כרכב אופנוע נחבל בגב תחתון שוק ימין נבדק במיון איכילוב, בוצע CT ע"ש מותני תפוחות רקמה רכה ללא ממצא חבלתי צילום שוק ללא ממצא חריג

**ממצאים:** נשיאת משקל מלאה, עומד על עקבים וקצות בהונות, טווח ע"ש מותני מוגבל, רגישות פרהורבלית, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות, SLR לא הופק

אבחנה:

- CONTUSION
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעש/ת: אין מידע

**סיבת ההפניה: גב תחתון- אלקקטורפיה ; תרגילי חיזוק והגמשה**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/01/2023 עד תאריך - 22/07/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטים\*\*

23/01/2023

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



169478

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

000000000

טלפון:

מין: ז

18/04/1991

ת.לידה:



0305636474

מיקוד 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

אישור ביקור

בתאריך: 19/02/2023 משעה: 09:00 עד שעה: 10:00

ביקרה/ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

19/02/2023

חתימה וחותמת המכון

תאריך



## יְמוֹי כַּח

אני הח"מ, 30231979, מרחוב ה' 6 ת"ש,  
 ת.ז. מס' 19.1.23, נגד בענין תאונת דרכים מיום 19.1.23  
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט 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 למותן 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 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 וחתימת 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, סימוני 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 1 לחודש 3 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג  
מס' רישום: 62254  
עורך-דין

**טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית**

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |         |            |        |
|----------|---------|------------|--------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
| 1710     | 0       | 305636474  |        |
| רחוב     | מס'     | מיקוד      | טלפון  |
|          | 6       | עיר        |        |

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 הבריאות ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחלתי 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 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 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 קופי"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופי"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 2254

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_