

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.

1.3.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף נתניה
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון : קורל חזן, ת.ז. 315118364
תאונה מיום 20.10.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף תיעוד רפואי.
2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בזימונה של מרשתי לועדה רפואית.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.


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 שטיפול בכך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ☞ 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ 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 או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, 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 וביירוים ניתן 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.

עמוד 1 מתוך 5

315118364

נא למלא מספר תעודת זהות

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 פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מספר אישי בצה"ל	עיסוק	מין
קורן	חן	315118364	17011999		שכיר	זכר
					עצמאי	נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
האית ק.מ.	48			נורת	4582000
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
20102022	התאן משק נצעה ונחלת

3

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

שם מקום העבודה / העסק/ הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שם, טלפון וכתובת מקום העבודה						
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק						
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה: כורסאות						

3א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי	טלפון נייד
☐ משטרה	☐ אחר	
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב
		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, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.		

4

פרטי הטיפול הרפואי

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה חובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
כאבים חדים והתקף מנעוץ כל רגע
וקרסול ימין בלתי נשלט
קושי רב בליכת אוכל וקושי בשינה
חסיס ימני, גוף כבד, כאבים חדים וקושי בליכת
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

03-7472358

כתובת

כאסא חלף, ד, חתול

שם גורם מסייע
מר. משה משה

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			
יחיד - מ			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
11	653	653	000284199

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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 1.3.23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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 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 עליי 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.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 1.3.23 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת 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

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 2010 2022 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 315118364	קוד גמלה 11
שם פרטי קיר	שם משפחה חן	חבר בקופת חולים
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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.

תאריך 1.3.23 חתימת המבוטח *



031510

העתק טופס
21/10/2022

ד"ר מקסים גורביץ

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: רחוב הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



0315118364

מיקוד 4582000

הוטיקים 48, פורת

כתובת:

מכתב שחרור

21/10/2022

תאריך:

שעת קבלה: 13:17

שעת שחרור: 17:44

סיבת הפניה:

21/10/2022

חבלה סיבובית בקרסול ימין מאתמול (במהלך משחק כדורגל)

אבחנות פעילות:

• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture

ממצאים:

21/10/2022

אינה מסוגלת לשאת משקל על הרגל, נפיחות ניכרת ורגישות מעל פטישון לטראלי

NV שמורה

צ. קרסול: Weber B Undisplaced Fracture Lat malleolus

- הותקן SLC // ניתנו הנחיות לאחר הנחת הגבס

ממליץ: רגל מורמת / ללא דריכה על הרגל / משככי כאבים לפי הצורך / ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 7-10 ימים / מנוחה חודשיים

*** ביום א' הקרוב יש ליצור קשר עם רופא משפחה לגבי אופי הטיפול בנוגדי קרישה

SC Clexan vs PO Pradaxa

טיפול אחותטיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
21/10/2022	13:49	אומדן כאב	עוצמה: 10	
21/10/2022	13:50	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
21/10/2022	13:55	הכוונה לגורם מטפל אחר		צילום רנטגן רופא במוקד
21/10/2022	13:55	מיון ראשוני - TRIAGE		

הפניות:

מכון רנטגן: קרסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

טיפולים:

POP BELOW KNEE X 1

ד"ר מקסים גורביץ



031510

העתק טופס
21/10/2022

ד"ר מקסים גורביץ

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: רחוב הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:

מיקוד 4582000

הוטיקים 48, פורת

כתובת:



0315118364

מכתב שחרור

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה חזן	שם פרטי קורל	שם האב ויקטור	מס' זיהוי 315118364	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב פזרת	רחוב הותיקים	מס' 48	מיקוד 4582000	שנת לידה 1999
חבר (כל)	כ	מקצוע שחקנית כדורגל	טלפון 0556667023	שם המעביד וכתובתו מכבי עמק חפר
ת. פגיעה 20/10/2022	שעה 20:00	התעסקות בשעת הפגיעה משחק כדורגל		
האיבר שנפגע קרסול ימין	שם הרופא המטפל ד"ר אילת שחר		נמצא בטיפול מיום 21/10/2022	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 14:47:57 לפני 3 ימים בערב חבלה סיבובית בקרסול ימין במהלך משחק כדורגל בליגת הנשים צולמה ובדקה במוקד טראומה ממצאי בדיקה: אינה מסוגלת לשאת משקל על הרגל, נפיחות ניכרת ורגישות מעל פטישון לטראלי NV שמורה צ. קרסול: Weber B Undisplaced Fracture Lat malleolus - הותקן SLC // ניתנו הנחיות לאחר הנחת הגבס ממליץ: רגל מורמת / ללא דריכה על הרגל / משככי כאבים לפי הצורך / ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 7-10 ימים / מנוחה חודשיים

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23 נדרשת לייעוץ אורטופד קרסול לגבי צורך בהתערבות מופנית למרפאות חוץ שיבא

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04 מחר CT קרסול, לאחר ייעוץ מומחה קרסול בשיבא, המליץ על התערבות ניתוחית

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

31/10/2022

ד"ר אילנה לוי שחר
מ.ר. 34832 מ.ר. 26145
מומחית ברפואת משפחה
מסמך

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



034832

דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 097962075

מין: נ

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

אישור רפואי

מיועד ל: טרום ניתוח

תלונות:

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 14:47:57 לפני 3 ימים בערב חבלה סיבובית בקרסול ימין במהלך משחק כדורגל בליגת הנשים צולמה ונבדקה במוקד טראומה ממצאי בדיקה:

אינה מסוגלת לשאת משקל על הרגל, נפיחות ניכרת ורגישות מעל פטישון לטראלי NV שמורה

צ. קרסול: Weber B Undisplaced Fracture Lat malleolus

- הותקן SLC // ניתנו הנחיות לאחר הנחת הגבס

ממליץ: רגל מורמת / ללא דריכה על הרגל / משככי כאבים לפי הצורך / ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 7-10 ימים / מנוחה חודשיים

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23

נדרשת לייעוץ אורטופד קרסול לגבי צורך בהתערבות

מופנית למרפאות חוץ שיבא

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04

מחר CT קרסול, לאחר ייעוץ מומחה קרסול בשיבא, המליץ על התערבות ניתוחית

בביקור בתאריך 01/11/2022 בשעה 15:54:52

לפני ניתוח קרסול

ממצאים:

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04

בביקור בתאריך 01/11/2022 בשעה 15:54:52

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

בעיות ידועות:

• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture

מ.ר גורם מפנה



דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

0315118364

אישור רפואי

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, רופאה ועובדיה האחראים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופסיו 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 מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

01/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מס' זיהוי	315118364	רחוב	פורת	לקוח גג מכבי
מטופל	חזן קורל	מס' בית	48	
מס' נבדק	20728390	עיר	פורת	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	09-7962075	
גיל	23Y/9M	טלפון נוסף	055-6667023	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

דוח ניתוח

רגישויות

לא ידועה רגישות לתרופות

פרטים

מועד ניתוח/פעולה	03/11/2022	ציאה מחדר ניתוח	22:38 03/11/2022
כניסה לחדר ניתוח	20:54 03/11/2022	סוג הרדמה	General Block
מנתח	ד"ר חדש אורי מ.ר. 35821	מרדים	ד"ר alla nichinson מ.ר. 32916
רופא מגבה -שם וטלפון	ברין 054-2204622	לקוח גג	מכבי

Diagnosis and Surgery

Diagnosis	RT Closed fracture of bimalleolar ankle - 20.10.22 Bimal. Equiv. 824.4
Surgery/Operation	RT ORIF of ankle, Open Reduction Internal Fixation - Variax 2 Ankle + constrictor + Sonic Anchor 79.36 RT Repair of ankle ligament 81.49

פרטי הניתוח

ממצאים	שבר LM מרוסק עם + קרע סינדסמוזיס
מהלך ניתוח/פעולה	זיהוי המטופלת במיטתה לפי טופס הוידוא. מתן ג' IV צפמזין העברת המטופלת לשולחן הניתוחים, השכבה פקדון, הנחת טורניקט על הירך רחיצה עם ספטלסקרב וכפפות סטריליות וחיטוי עם אלכוהול. הרדמה כללית ביצוע חסם פופליטאלי ע"י מרדימה תחת US עם מרקאין לידוקאין ודקסקורט. כיסוי הרגל כמקובל, הפעלת טורניקט ל 320 מ"מ. חתך לטרלי, חשיפת השבר. שחזור ע"י מלקחי שחזור, קיבוע זמני ע"י KWS מחורצים. שטיפות, קיבוע ע"י פלטה מסט VARIAX 2 של Stryker חתך מדיאלי, חשיפת השבר. שחזור ע"י מלקחי שחזור, קיבוע זמני ע"י KWS מחורצים. שטיפות, קיבוע ע"י 2 ברגים חלולים מסט VARIAX 2 של Stryker Syndesmosis Ligament Repair חתך עור מדיאלי, העברת חוט Constrictor לפי הטכניקה דרך הפלטה והידוק הסינדסמוזיס. תפירת תת-עור עם ווקריל 2/0, תפירה לעור עם ניילון 3/0 מילוי קפילארי תקין. חבישה עם פולידין וסד גבס

מידע נוסף

נלקחה פתולוגיה	לא
אובדן דם	לא
סיבוכים	לא

Ankle	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 03/11/2022 22:41:43	ד"ר חדש אורי מ.ר. 35821
עמוד 1 מתוך 2			

מס' זיהוי	315118364	רחוב	פורת	לקוח גג מכבי
מטופל	חזן קורל	מס' בית	48	
מס' נבדק	20728390	עיר	פורת	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	09-7962075	
גיל	23Y/9M	טלפון נוסף	055-6667023	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

מצב המטופל בסיום

מצב המטופל בסיום הניתוח עירנית להתאוששות

Ankle	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 03/11/2022 22:41:43	דר' חדש אורי מ.ר. 35821
עמוד 2 מתוך 2			

מס' זיהוי מטופל מס' נבדק מין גיל שם ההורה	315118364 חזן קורל 20728390 נקבה 23Y/9M	רחוב מס' בית עיר טלפון טלפון נוסף	פורת 48 פורת 09-7962075 055-6667023	לקוח גג מכבי לא ידועה רגישות לתרופות
--	---	---	---	---

מידע רפואי אישי - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

אלרגיות	שבר LM מרוסק עם + קרע סינדרמוזיס לא ידועה רגישות לתרופות
---------	---

המלצות בשחרור	
משככי כאבים	Sol. Optalgin 40gutt X4/d Tab. Rokacet Plus 1X4/d Tab. Arcoxia 90mgX1/d לשבוע לשבוע לשבוע
חופשת מחלה	3 ח' מהפציעה
ביקורת במרפאה	בתיאום עם מירב בעוד שבועיים נא להביא לביקורת צילומי כף רגל ביקורת על דיסק
פיזיותרפיה	1. רגל מורמת רוב הזמן לשבועיים הקרובים למעט שירותים ומקלחות. יתכן דימום בחבישה. 2. הליכה ללא דריכה עם קביים/הליכון/רולטור ברך 3. אם יופיעו סימני זיהום (חום, הפרשה, כאבים) או כאבים יוצאי דופן יפנו טלפונית לד"ר אורי חדש ולמיון 4. לסדר פיזיותרפיה מיידית להפעלת הגפה, למניעת דלדול שרירי 5. בשל חסם הקרסול שבוצע לא תהיה תחושה בכף הרגל בין 5-1 ימים! בימים אלו במיוחד חשיבות עליונה להרמת הרגל!!! 6. מיד עם חזרת התחושה יש להתחיל טיפול מונע כאב: מנת אופטלגין (40 טיפות) מידי 6 שעות ולפי הצורך טבלית זלדיאר או רוקסט פלוס בין מנות האופטלגין (3 שעות לאחר נטילת כל אופטלגין) 7. ארקוקסיה מידי יום לאחר ארוחת הערב ל 5-7 ימים. 8. הוצאת תפרים בקופ"ח בעוד שבועיים 9. נא להביא לביקורת מגף הליכה ארוך (אין צורך בהגבהות) 10. קלקסן עד דריכה
טלפונים	מירב 054-2204622 לכל הברורים והתיאומים
נוגדי קרישה/טסיות	Enoxaparin (clexane)

פרטי אשפוז			
תאריך קבלה	03/11/2022 19:28:00	תאריך שחרור	04/11/2022
מועד הניתוח	03/11/2022	סוג ההרדמה	General Block

לידיעתך	
!	בכל בעיה רפואית ניתן לפנות לשירות מעקב ההחלמה של בית חולים אסותא, 24 שעות ביממה. טל': 1-700-709-704

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

Orthopedic Surgery Discharge	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 03/11/2022 22:44:54	דר' חדש אורי מ.ר 35821
עמוד 2 מתוך 2			

המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא-תל השומר
מכון: הרנטגן
MACHON.DIMUT@SHEBA.GOV.IL
טלפון: 03-5302598
פקס: 03-5303050

דף: 1

תאריך פקדון: 27/10/2022
מועד פרעון: 17/11/2022

מס. זהות/זהו: 31511836-4

שם משפחה: חזן

שם פרטי: קורל

כתובת: פורת 48

מיקוד: 45820

פקדון מספר: 22-03-056343 (פק. כספי)

חשבון בברור מס: 22-03-058557
מצ"ב פרוט השרות הרפואי שניתן במרפאת רנטגן - מכון דימות-בדיקות XR חולי חוץ
שבגינו הפקדתי פיקדון כספי:

קוד	שם שירות	כמות	מחיר יח.	לתשלום
73610	צילום קרסול מלא, צד אחד (156)	2	149	298.00
	סה"כ לביקור			298.00

ס סניף -בנק מס חשבון	שובר	מס שיק / תאריך	מטבע	מס	תשלום
א 1	1 999-	2854	27/10/2022	298.00	298.00
סה"כ פיקדון (בש"ח): 298.00					

תעודת זהות: 31511836-4

פרטי המפקיד:
שם: חזן
קורל
מען: פורת 48

* ניתן להמיר פיקדון זה בטופס התחייבות מגורם מבטח תוך 21 יום ממועד הביקור, קרי עד 17/11/2022. חשוב!! שיכסה את יום הביקור.
* לנוחיותך, כדי לשחרר הפקדון, ניתן להעביר טופס זה בצירוף טופס 17 לדוא"ל או לפקס לעיל
* ידוע לי כי במידה ולא אציג התחייבות עד לתאריך הנ"ל, יתו"כ האשראי שלי בסכום הפיקדון. הסכום שגיבה בפועל יעודכן לפי מחירי מ.הבריאות.
* בקבלת טופס התחייבות וביטול הפיקדון, תקבל/י מסרון עד 48 שעות אחרי, כי הפיקדון בוטל.
* אין המבטח חייב לשאת בכיסוי השרות בדיעבד.

חתימת נותן הפקדון:

שם הפקיד/ה: וקנין נופית

* EOF *

ד"ר אורי חדש
אורתופד מומחה
אורתופד מנתח יח' כף רגל וקרסול בי"ח הלל יפה
חוות דעת רפואיות



20/11/2022

הנדון: חזן קורל ת.ז. 4-31511836

טלפון: 055-6667023

אימייל: koralhaz10@gmail.com

תאריך לידה: 17/01/1999

בת 23 בריאה בדר"כ. כדורגלנית מוקצוענית.
מ/ל שבר קרסול ימין 20.10.22 בעת משחק כדורגל במסגרת ליגת העל. ב 3.11.22 עברה ניתוח לקיבוע
השבר במהלך ניתוחי ובתור ניתוחי תקין.
20.11.22 ביקורת 1: מרגישה טוב, ללא כאבים. מטופלת בפיזיותרפיה. הסד הוסר, התפרים הוצאו

בבדיקה:

צלקות נקיות, נפיחות קלה. ללא פחת NV

בדימות:

מ/ל ORIF של LM וקיבוע סינדמוזיס עם Constrictor. מתכות במקומן, סינדמוזיס משוחזר.

אבחנה:

Rt Ankle Fx, Weber B, Displaced 20.10.22. ORIFed 3.11.22

דינו:

בסה"כ תוצאה טובה מאוד לשלב זה

המלצות:

1. פיזיותרפיה והידרותרפיה ללא דריכה עד שבוע 7
2. אקטיבית ופסיבית עדינה עד שבוע 5
3. משבוע 7, דריכה והפעלה מלאות כפי יכולתה
4. להיזהר עם עיסוי הצלקות
5. ביקורת עם צילומים בעוד 6 שב' בחיאום עם מירב ידן 054-2204622

בברכה,

ד"ר אורי חדש

מ.ר. 35821

מ.ר. 28004

מרפאות: כפר סבא, חיפה, חדרה

לקביעת תורים: 054-9095662, אי-מייל:

cafregel@gmail.com

merav@regal-medical.com

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה חזן	שם פרטי קורל	שם האב ויקטור	מס' זיהוי 315118364	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב פזרת	רחוב הותיקים	מס' 48	מיקוד 4582000	שנת לידה 1999
חבר (כל)	כ	מקצוע שחקנית כדורגל	טלפון 0556667023	שם המעביד וכתובתו מכבי עמק חפר
ת. פגיעה 20/10/2022	שעה 20:00	התעסקות בשעת הפגיעה משחק כדורגל		
האיבר שנפגע קרסול ימין	שם הרופא המטפל ד"ר אילת שחר		נמצא בטיפול מיום 21/10/2022	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 14:47:57 לפני 3 ימים בערב חבלה סיבובית בקרסול ימין במהלך משחק כדורגל בליגת הנשים צולמה ובדקה במוקד טראומה ממצאי בדיקה: אינה מסוגלת לשאת משקל על הרגל, נפיחות ניכרת ורגישות מעל פטישון לטראלי NV שמורה צ. קרסול: Weber B Undisplaced Fracture Lat malleolus - הותקן SLC // ניתנו הנחיות לאחר הנחת הגבס ממליץ: רגל מורמת / ללא דריכה על הרגל / משככי כאבים לפי הצורך / ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 7-10 ימים / מנוחה חודשיים

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23 נדרשת לייעוץ אורטופד קרסול לגבי צורך בהתערבות מופנית למרפאות חוץ שיבא

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04 מחר CT קרסול, לאחר ייעוץ מומחה קרסול בשיבא, המליץ על התערבות ניתוחית

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 26/10/2022 בשעה 14:18:23

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 08:35:04

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

31/10/2022

ד"ר אילנה לוי שחר
מ.ר. 34832 מ.ר. 26145
מומחית ברפואת משפחה
מסמך

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



מכון וינגייט
WINGATE INSTITUTE

(מכון הלאומי למצוינות בספורט)

web site: www.wingate.org.il

חוק במתקנות ספורט - © - פירוט סמליות על

תאריך חשבונית: 27/11/22
תאריך הדפסה: 27/11/22
שעת הדפסה: 12:11
מספר תעודה: OV225008357

WINSERT taagidn 271122 E: OV225008357

מכון וינגייט - המכון הלאומי לספורט

דאר מכון וינגייט 4290200
טלפון: 09-8639550
עוסק מורשה: 500502000
מס. תיק ניכויים: 924583552

לכבוד:
חזן קורל
מושב פורת 48
פורת
טלפון: 0556667023
ממחן: Main, מחסן ראשי

חשבונית מס/קבלה OV225008357 - מקור

מק"ט	ברקוד	תאור מוצר	פרמטר 1 למוצר	פרמטר 2 למוצר	פרמטר 3 למוצר	כמות	יתרה לאספקה	מחיר ליחידה	סה"כ מחיר
21616303	*21616303*	טיפול פיזיותרפיה חוזר	פריטי מכירה	מחקר ורפואת ספורט 16	נפגעי ספורט 163	2.00 יח'	0.00 יח'	175.00 ש"ח	350.00

מחיר כולל	350.00
מע"מ	0.00
סה"כ מחיר	350.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *OV225008357*
מס. לקוח: 315118364

סניף: רפואת ספורט-וירטואלי

תאור המע"מ	% מע"מ	סה"כ מחיר לפני מע"מ	סכום המע"מ	סה"כ מחיר אחרי מע"מ
קבוצה כללית	0.00	350.00	0.00	350.00
סה"כ כללי		350.00	0.00	350.00

כרטיסי אשראי

שורה	ת. פרעון	שם כרטיס אשראי	מספר שובר	מספר כרטיס	תשלום ראשון	סך כל התשלומים
1	08/12/22	אשראי-ר. ספורט	95166563	4066...	350.00	350.00 ש"ח

שולם במזומן	0.00
תקבולים אחרים	350.00
סה"כ תקבולים	350.00 ש"ח

המרכז לרפואת ספורט ולמחקר
מכון וינגייט
המכון הלאומי למצוינות בספורט

דר' אילת לוי

מומחית ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 34832

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה

טלפון: 09-8992822

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
חזן	קורל	ויקטור	315118364	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
פורת	הותיקים	48	4582000	1999
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
מכבי עמק חפר		0556667023		
		טלפון		
		097962075		

תוצאות הבדיקה:

לאחר ניתוח

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 20/10/2022

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

90 ימים, היינו מיום:

21/10/2022

עד יום: 18/01/2023 (בכלל).

22/11/2022

תאריך הבדיקה

ד"ר אילת לוי שחר
מ.ר. 34832 מ.ר.מ. 26145
מומחית ברפואת משפחה

חתימה וחותמת הרופא

מ.ר גורם מפנה



034832



דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 097962075

מין: נ

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותקים 48, פורת

כתובת:

אישור רפואי

מיועד ל: כל מען דבעי

תלונות:

ביקור מתאריך: 2/1/23
לאחר ביקורת אורטופד קרול מנתח ממליץ המשך פיזיותרפיה אקטיבית ופסיבית עם דריכה והפעלה מלאות להזהר עם עיסוי הצלקת ביקורת עם צילומים בעוד 6 שבועות ממליץ 6 חודשי מחלה מהניתוח בשל עיסוקה בכדורגל (ד"ר אורי חדש)

25/01/2023

ממשיכה מעקב -

סובלת מכאבים והגבלה בטווח התנועה של קרסול ימין לאחר ניתוח ממשיכה בשיקום.

אבחנה:

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

בעיות ידועות:

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
- KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

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, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו 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.

25/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם האב</u>	<u>תעודת זהות</u> 315114364	<u>שם פרטי</u> קרי	<u>שם משפחה</u> חל	
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u> ירוש	<u>מס'</u> 48	<u>רחוב</u> נורת

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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
אני 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: 1.11.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. עו"ד אריאל בריינברג חתימה: _____
X מס' רשיון: 52254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, קורן חל מס' 154964, מרחוב כרית 49 כרית, נגד ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל. ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל 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 מחן 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 באני על החתום

היום 1 לחודש 11 שנה 2022

חתימה: X הנ

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך דין~~
~~אשר~~