

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/24/22
פקס: 08-9779919/09

מעודכן ל: 31/10/21, 22:28
אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח' דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11746591

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

גלאון טל יעקב

ת.ז.: 3449241-3

מין: זכר

ת.לידה: 15/02/1978

גיל: 43 ש

קופ"ח: כללית

סוג מבקר: אחר

שם האב: דוד יצחק

טל: 054-7870101

מצב משפחתי: נ + 2

כתובת: המאבק 9, גבעתיים, 5352305

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה
גורם מפנה: פניה עצמית
מבטח: גלאון טל יעקב, 3449241-3
תאריך קליטה במיון: 31/10/21 שעה: 20:07
תאריך קליטה בבי"ח: 31/10/21 שעה: 20:07

אבחנות נוכחיות

338.11 - ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

רגישות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 43, בריא בד"כ
לדבריו היה מעורב בת"ד כנהג רכב, היה חגור, נפתחו כריות אוויר.
מלין על כאבים בעיניים, כאבי ראש, בית חזה, צוואר, רגל שמאל.
ללא אירוע של איבוד הכרה.

במיון-

יציב המודינמית ונשימתית, ללא חום
בבדיקתו- בהכרה מלאה, GCS15
ראש-ללא סימני חבלה, ללא חסך ניורולוגי.
מניע 4 גפיים
שפשוף שטחי בעצם הבריה משמאל
בטן רכה, ללא רגישות



סודי רפואי
גלאון טל יעקב

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - המשך
ת.ז.: 3-3449241 מחלקה:

מקרה: 11746591

דיון וסיכום הקבלה

יעוץ אורטופד - ראה מצורף.
צילום חזה-ללא ממצא חריג

טופל במשככי כאבים

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

1. המשך מעקב רופא מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע.
2. משככי כאבים לפי הצורך.
3. שתייה מרובה.
4. המלצות לפי יעוץ אורטופד.
5. בכל מקרה של החמרה- כאבים עזים, הקאות מרובות וכו- לפנות לבדיקת רופא

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. קירשטיין, אנה
חתימה:

מספר רשיון: 140604

23:17 31/10/21



סודי רפואי

מעודכן ל: 31/10/21

מחלקה מיעצת: אורתופדיה

שעה: 23:06

סיכום ייעוץ - יעוץ אורתופדיה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, חש"נ - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, חש"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

נתוני המטופל

שם: גלאון טל יעקב ת"ז: 3449241-3 מקרה: 11746591 גיל: 43 ש מין: זכר
כתובה: המאבק 9, גבעתיים, 5352305 קופ"ח: כללית

תאריך ייעוץ: 31/10/2021 שעת ייעוץ: 22:25

תאריך קבלה למחלקה: 31/10/2021

תאריך אשפוז: 31/10/2021

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: מיון כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

בן 43, כאבים לאחר ת"ד

תוכן הייעוץ

לדבריו היום, ת"ד כנהג חגור, עם פתיחת כריות אוור, ללא איבוד הכרה. ללא הקאות או שינוי בסוגרים. שולל חבלות ישירות בגופו.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, כח תחושה ומוטוריקה שמירים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות, ללא הגבלה בהנעת צוואר ללא רגישות פראוורטברלית. ישנה רגישות על פני חוליות צוואריות, כיפוף ויישור גב מלאים, הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב, ללא רגישות פראוורטברלית מתנית, ישנה רגישות ע"פ מעבר עמ"ש טוראקו-מותני. SLR שלילי, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV

דיסטלי בגפיים, רגישות בקדמת השוק משמאל צללא דפורמציה או המטומה ללא פצעים

צילום - ללא עדות לשבר או פריקה.

לסיכום - תאונת דרכים ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

המלצות יומצ'ת לשחרור

- [illegible]

חת"ח

סם הוועק: דער, אריבאן, אסער

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: אזורי חן - תל אביב מחוז: ת"א

08/11/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

גלאון טל יעקב		00-03449241-3		43.09	ז	15/02/1978	דוד יצחק
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
המאבק		9 / 33		מס בית	טלפון	54 - 7870101	54 - 7870101
גבעתיים		רחוב		טלפון		טלפון נוסף	

31/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

31/10/2021 תאריך תאונה:

תלונות/סיבת הפניה: לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי צידי, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, ליבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים

בדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר נוירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

בדיקה גופנית:

קוד	אפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
7295		PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS
7231		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס
הפניה לדימום	78030-צילום ברכ בעמידה דו	H3		הודפס

סיכום והמלצות: המשך מעקב רופא משפחה

רפואה משלימה

פיזיותרפיה

צילום

בקורת חוזרת כאן לאחר מכן או על פי הצורך

משככי כאב לפי הצורך

מנוחה בעת כאב

בכל החמרה או שאלה נא לפנות לבדיקת רופא חוזרת

נא להמנע מהרמת משאות כבדים או מיישיבה ממושכת

פעילות הדרגתית כפי יכולתו ועל פי סף כאב

תאריך: 08/11/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל		גלאון טל יעקב	
שם משפחה ושם פרטי	00-03449241-3	ת. לידה	15/02/1978
מס זהות	43.09	דוד יצחק	שם האב
גיל	ז	שם האב	שם האב
מס זהות	9 / 33	שם האב	שם האב
המאבק	רחוב	שם האב	שם האב
גבעתיים	ישוב	שם האב	שם האב
54 - 7870101	54 - 7870101	שם האב	שם האב
טלפון נוסף	טלפון	שם האב	שם האב

תאריך תאונה: 31/10/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35812107412

גורם שולח



5812

מספר הפניה



035812107412

תז נבדק



34492413

רשיון רופא



082511

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

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

לכבוד: מכון דימות - צילום ברכיים דו"צ בעמידה AP+LAT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78030	73560	צילום ברך בעמידה דו צדדי	10401088

המטופל מתלונן על: לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי ציד, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים.

ממצאים עיקריים: בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר נירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
7245		BACKACHE
7295		PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS
7231		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	ד"ר (רופא) ירון צרפתי	מספר רשיון	82511
חתימה וחוקת הרופא			

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

הפניה לפידיותרפיה
(כל ההמלצות לפידיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

תאריך תאונה 31/10/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה:

מספר הפניה



035812107411

תד נבדק



34492413

רשימת חפא



082511

לכבוד: פיזיוטרפיה צווארית + גב

שירותי שגבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים ממגנזן קדמי ציד, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים

תלונות / סיבת הפניה

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא תסר
נירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים
שטה. מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

ממצאים קליניים

7 ת.ק.ס

2 n 1 qT

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-03449241-3 הודפס ע"י ד"ר (חפא) ירון צרפתי

גלאון טל יעקב

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: אזורי חן - תל אביב מחוז: ת"א

ד"ר (רופא) ירון צרפתי
אורתופדיה
82511
אליהו ברלין, 13
03-7291980
03-7291990

תאריך 08/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

גלאון טל יעקב

שם משפחה ושם פרטי

00-03449241-3

מס זהות

43.09

גיל

ז

מין

15/02/1978

ת. לידה

דוד יצחק

שם האב

54 - 7870101

טלפון נוסף

54 - 7870101

טלפון

9 / 33

מס בית

המאבק

רחוב

גבעתיים

ישוב

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 31/10/2021



מספר הפניה: 35812107411



לכבוד: פיזיותרפיה צווארית + גב

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד משה"ב	תיאור רפואי
80015	97001	80015	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

BACKACHE

אבחנה משוערת

לדבריו התאריך הנקוב היה מעורב בתאונת דרכים מגונן קדמי ציד, פנה לבדיקה במסגרת מיון בית חולים שמיר, בצילום לא אובחנו שברים, שוחרר, לדבריו סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון / גפיים תחתונות, מתאר כאבים קורנים לברכיים, כאבים בכתפיים

תלונות / סיבת הפניה

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
25/06/2020	father	FAMILY HISTORY OF OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015	01/01/1998		SMOKER
26/07/2020	24/06/2020		HEAD TRAUMA

בבדיקה: צוואר + גב תחתון, ללא הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, ללא חסר מירוסקולרי, כח גס ותחושה שמורים, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים עתה, מתאר כאבים בחלקי גוף שונים כאמור.

ממצאים קליניים

ס.ה.ר 7



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ביה"ח

תאריך מילוי הטופס

שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

תאריך הפגיעה

31/10/2021
שנה חודש יום

1

פרטי המבוטח
שם משפחה

אלאון

שם פרטי

טל עמר

ת.ז.

314492413

תאריך לידה

15/02/1978
שנה חודש יום

☒ זכר ☐ נקבה

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

0547970101

2

פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך 31/10/2021 בשעה 19:00 כאשר עבדתי ב

סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה

צית ארסין יסמן וברך כהן לזר
דרכי לידת לפני הקריה של

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה

היתי אחרי דתאונה ברכים

האיבר שנפגע

ימין ברכי ימין וימין תחתונים

4

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי - קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

שם המבקש: אל עמר

חתימה *

[Signature]

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללי ☐ מאוחדת ☐ מכל ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות המאנה (אבחנות רפואיות)

[Blank boxes for medical notes]



6263

עצמאי וכבד

- עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישירה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.
- תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסד כעובד עצמאי.
- לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החולים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיון או לשירות רפואי קרוב אחר.
- המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופת החולים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני.
- אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי
- לקבלת הטיפול הרפואי בקופת חולים עליך למלא טופס זה
- יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של פרטיך האישיים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החולים בה הינך חבר.
- אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלה רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.
- טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, והחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

עמוד 1 מתוך 8

034492413

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☐ שכיר ☒ עצמאי ☐ מתנדב	
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי		☐ פרטי התובע	
שם משפחה		שם פרטי	
טלפון קווי		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
שם משפחה איש קשר		שם פרטי 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.			
☐ לידעתי, אך לא סימנתי "אני מסרב". הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
ישוב	מיקוד		

פרטי מקום העבודה – אם אתה מעלה גם כוחות הפיתוח את מלא סעיף 22			
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית			
שם מעסיק/ מפעל			
רחוב / תא דואר			
מס' בית			
כניסה			
דירה			
ישוב			
מיקוד			
טלפון קווי			
טלפון נייד			
מספר פקס			
☐ כן, פרט: ☐ לא			
☐ כן, פרט: ☐ לא			
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)			
שם העסק			
סוג העיסוק			
רחוב / תא דואר			
מס' בית			
כניסה			
דירה			
ישוב			
מיקוד			
טלפון קווי			
טלפון נייד			
טלפון פקס			

03449248

עמוד 2 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

2א' פרטי מקום העבודה - כמות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ 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: 31/10/2021 שנה חודש יום

היום בשבוע: ראשון

שעת הפגיעה: 19:00

תאריך הפסקת עבודה: _____ שעת הפסקת עבודה: _____

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☒ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ומה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: התאונה הייתה בגובה הברך כאשר הלכתי לחדר השינה שלי

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: יש לי אלוף אלוף שלי

שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐ שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: _____ שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה: _____ תפקיד: _____ טלפון: _____

4 פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אשור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
שם יבוא שטר		שנה חודש יום
		שעה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?

☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5 סייע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

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 _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזק 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 _____

8

8

הצהרה לתקנון ט"י בענין שליטה או קרוב משפחה לבעל משרה או לבעל משרה בחברה מלבד

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 שניתן לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבון הפרטי לשווקים מטה

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

שם הסניף / כתובת

מס' סניף

מספר חשבון

087015465151

30310131

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

10 פטור ממס הכנסה: יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ע"ב תביעה

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/תובעת

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין 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 מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לדעתי, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי הא 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: 16.11.21

חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה

ת.ז.

034492413

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגישה מחוץ למפעל

1

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודהמקום הפגיעה: בית ארבעה חדרים - סניף 101 שעת הפגיעה: 10:00המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בבית ארבעה חדרים - סניף 101האם 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. _____

תפקידו

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

שעת היציאה: 18:30 שעת החזרה הצפויה: 18:30

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☒ פגיעה בדרך לעבודה:באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? כ-8 איזו משמרת? לילה☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לאהסיבה ליציאה המוקדמת: התובע שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי: 034492413 שם המפעל / המעסיק: א.ס.ס. 2500תאריך 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 ההיעדרותנעדר 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	שם התשלום
חודש		יומי		סכום	לתקופה
חודש					
חודש					
חודש					

☐ 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 באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחזותמת _____

כל 211 (04.2021)

03449243

עמוד 7 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקן 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 הקן לדמי מחלה

(שם הקן)

4

הצהרת החותם

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

אטל מלון, עו"ד

מ.ר. 47525

שד' שאול המלך 39, ת"א

חתימה וחותמת

שם החותם

תפקיד החותם

תאריך 6.11.21

5

פרטים משלימים למעסיק/מורשה/מאשר☐ 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)**קיבוצי:**☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון: 03-5724444
פקס: 03-6803622
מס' מסמך בתיק: א
חשן המסמך:

יחידה: תחנת גבעתיים מרחב דן
מספר תיק פלא: 780807/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 02/11/2021, כ"ז חשון תשפ"ב, 15:38
כתובת: ויצמן 76

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה:

31/10/2021

בשעה

19:10

2. מקום התאונה:

לוד דרך הרמ"א בכביש עירוני

הערות מקום:

בצומת אחיסמך, ליד רח' דרך הרמ"א

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב

27229102

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

ינדאי קוראה

חברת ביטוח

מגדל

מספר פוליסה

25131432221

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שם המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	34492413	גלאון טל יעקב	15/02/1978	גבעתיים, המאבק 9	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב

4148062

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

מזדה יפן

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שם המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	305776832	מאגרו אביחי	07/02/1992	אחיסמך, אחיסמך 43	אחיסמך	

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים:

1

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

02/11/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1095454

שם משפחה

ארנון

שם פרטי

עופרי

פרטי השוטף המוסר

מ"א

1095454

שם משפחה

ארנון

שם פרטי

עופרי

דרגה

רסב

משטרת ישראל

02-11-2021

תחנת גבעתיים



1 נובמבר 2021

הנדון: עו"ד טל גלאון

עו"ד טל גלאון משמש כסניגור חיצוני, שאינו עובד מדינה, במחוז מרכז של הסניגוריה הציבורית. לבקשתו, הריני לאשר כי עו"ד טל גלאון נענה לבקשתנו להגיע ביום 31.10.21 בשעה 18:10 לתחנת משטרת לוד לצורך מתן ייעוץ לפני חקירה לחשוד שעמד להיחקר באותה העת בתחנה (פ"א 50640421).

בברכה,

דורית נחמני אלבק

הסניגורית הציבורית המחוזית

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי :
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא : 36
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא : נהג
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2002
 מספר התאונות שהביאו להביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא : 0
 מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא : 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP) : כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW) : כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW) : כן

בעלות הרכב : פרטית
 אם הנתונים לעיל אינם חללים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

תא: 231

M1. - פרטי נפח מנוע: 1600 טמ"ק
 M1. - פרטי גלאון טל
 המחבק 9
 49765724 34492413 גבעתיים
 5352305 29/07/20
 28/07/20 31/07/21
 12:59
 2020 יונדאי איוניק ס CGMU217162 ישראלי 27229102
 470171
 אבי-רם ר.ק.א. סוכ' ל
 1
 מקור
 (4) 25131432220 1,6,7
 481147 ק.ד

דואר ישראל בנק הדואר	ש"ח	989.00	שולם
12:40 בסעה	28/07/20	8068484	בתאריך
49765724 אסמכתא	139744268		חשבוני
			איסור

 א"ל 989.00
 תא: 231 34492413
 5352305 גבעתיים
 28/07/20 29/07/20
 12:59 31/07/21
 27229102 ישראלי יונדאי איוניק ס
 470171
 אבי-רם ר.ק.א. סוכ' 2020
 1
 א"ל
 (4) 25131432220 49765724 989.00
 1,6,7

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 37
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2009
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW): כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW): כן

בעלות הרכב פרטית
 אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

הפקדת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח)
 תעודת ביטוח

שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו
 לבעל הפוליסה או להקמות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקבים + מספר זהות		סוג רכב		נפח/הספק		סוג רכב	
		M1 - פרטי		M1 - פרטי		נפח מנוע: 1580 סמ"ק	
שם בעל הפוליסה: גל'אן טל		מספר זהות: 34492413		מספר תעודה: 50563572		גבעתיים	
כתובת: המאבק 9		מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/08/21		תאריך הוצאה: 27/07/21		שעת הוצאה: 07:49	
מועד פקיעת הביטוח: 31/07/22 (בחצות)		מספר הרישוי		מספר שלדה		היצרן + דגם	
27229102		CGMU217162		יונדאי איוניק S		ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש	
מספר הסוכן		שם הסוכן		מספר פוליסה		משקל / טון	
470171		אבי-רם ר.ק.א. סוכ'ל		04 25131432221		1.870	
האדם הראשון לנהוג על פי סעיפים: 1		השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7		קד: 0481147		רשות הדואר בנק הדואר	
(מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)		(מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)		שעות הדואר בנק הדואר		שולם	
סכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח		הרכבות והגבלות		אין		1,088.00 ש"ח	
1,088.00		אין		אין		בתאריך 27/07/21 בשעה 07:45	
						חשבון 8068484 אסמכתא 50563572	
						אישור 142500916	
						חותמת הבנק	

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח: גל'אן טל		34492413		גבעתיים		5352305	
כתובת: המאבק 9		מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/08/21		תאריך הוצאה: 27/07/21		שעת הוצאה: 07:49	
מועד פקיעת הביטוח: 31/07/22 (בחצות)		מספר הרישוי		היצרן		חותמת הבנק	
27229102		יונדאי איוניק S		יונדאי איוניק S		רשות הדואר בנק הדואר	
מספר הסוכן		שם הסוכן		ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש		שולם	
470171		אבי-רם ר.ק.א. סוכ'ל		2020		1,088.00 ש"ח	
סכום לתשלום בש"ח		מספר תעודה		מספר פוליסה		בתאריך 27/07/21 בשעה 07:45	
1,088.00		50563572		04 25131432221		חשבון 8068484 אסמכתא 50563572	
						אישור 142500916	
						חותמת הבנק	

האדם הראשון לנהוג על פי סעיפים: 1
 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

הרכבות והגבלות
 אין
 מגדל חברה לביטוח בע"מ
 העתק

קוד מוטב 62-00622

410120037 (יוני 2020)

החלפת

הודעת זיכוי

נא לא להחזיר ללא תשלום בבנק

לשלם בבנק

מורפאה:כפר שלם - תל אביב מתוח:תל אביב

תאריך 03/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

גלאון טל יעקב		00-03449241-3		43.08	15/02/1978	דוד יצחק
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	ת.לידה	שם האב
המאבק		9 / 33		54 - 7870101	54 - 7870101	54 - 7870101
רחוב		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 31/10/2021

אבחנות

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS	road	A80
CONTUSION KNEE AND LOWER LEG		9241
CONTUSION CHEST WALL		9221
BACKACHE		7245
HEMATOMA	SKIN	9249
EYELID LT INJURY	MILD	
POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD		30981

הטיפול שביתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/11/2021 עד יום 12/11/2021 (בכלל) סה"כ 12 ימים

03/11/2021

03/11/2021

ג. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר נינה רובינס

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמן

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: כפר שלם - תל אביב מחוז: ת"א

תאריך 03/11/2021
12:59

הפניה כללית

פרטי המטופל		גלאון טל יעקב	
שם משפחה ושם פרטי	00-03449241-3	43.08	15/02/1978
מס זהות	גיל	ז	ת. לידה
שם האב	שם האב	טלפון	טלפון
54 - 7870101	54 - 7870101	9 / 33	54 - 7870101
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	טלפון
המאבק	רחוב	גבעתיים	ישוב

תאריך תאונה 31/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35205113253

גורם שולח



5205

מספר הפניה



035205113253

תז נבדק



34492413

מספר רשיון



030131

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

שירות	שירות	קוד	קוד
רפואי	תיאור רפואי	משה"ב	שירות
70017	בדיקה רפואית - אורתופדיה	L9249	70017

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS	road	A80
CONTUSION KNEE AND LOWER LEG		9241
CONTUSION CHEST WALL		9221
BACKACHE		7245
HEMATOMA	SKIN	9249
EYELID LT INJURY	MILD	
POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD		30981

תלונות: ת.ד.ת.ע.

ב-31/10/2021 היה מעורב כנהג רכב בת.ד. תוך כדי עבודתו, היה חגור נפחתו כריות אוויר, ללא חבלת ראש ללא איבוד הרה, הובא על ידי אמבולנס לחדר מיון אסף הרופא במיון GCS 15 בהכרה מלאה היום חולשה טאבים בכל הגוף בעיקר צוואר אחורי גב תחתון, פצע שיפשוטית מעל עפעף עליון עין שמאל המטומה מעל אגן משמאל רקמה רכה מצב לאחר סטרס של אירוע

סימנים חיוניים: גובה 190 21/02/2020 משקל 87 21/02/2020 bmi 24.10

לחץ דם 109 /70 03/11/2021

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 34492443 / 11/10/16 מרחוב הגאון 9 שדרת של
ת.ז. מס' 34492443 את עו"ד אריאל פרייברג ואו להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
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 חוגש יפוי חכח, בדרגה בה חוגש.
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 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 התברות, 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.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>גולן</u>	שם פרטי <u>ס</u>	תעודת זהות <u>34492413</u>	שם האב _____
רחוב <u>השק</u>	מס' <u>9</u>	עיר <u>אשדוד</u>	מיקוד _____
טלפון _____			

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