

ג. החבלה

פרטי השירות במהלכו נפצעה	סוג השירות	פרטי היחידה	תפקיד ביחידה	תקופת השירות	דרגה	חיל	לציין: בשרות/חופשה המקום בו ארעה החבלה

פרטי מפקדך הישיר בתקופת החבלה.....

תאור החבלה + תאריך החבלה (פרט בצורה מלאה ומדוייקת את העובדות והשתלשלות הענינים הקשורים לחבלה. מקום החבלה בנוף, טיפול רפואי ופרטים לגבי התופעות מהן סבלת או הנך סובל). (אם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יש לצרף אישור היחידה בה נפגעת.....

* האם מולא דו"ח פציעה	* האם התנהלה חקירה
לא <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
כן <input type="checkbox"/>	כן, ע"י..... מקום החקירה..... מס' התיק.....

במקרה של תאונת דרכים

* כלי הרכב ומספרו בו נסעתי או נהגתי	* הולך רגל <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	* האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח לפי חוק הפיצויים.
<input type="checkbox"/> ליסינג משהביט / צה"ל (סמן)	* כתאונה היה מעורב רכב נוסף	לא <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מס' רכב אזרחי.....	כן מס'.....	כן, לחברה <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מס' רכב צבאי.....	אזרחי <input type="checkbox"/> צבאי <input type="checkbox"/> משטרתי <input type="checkbox"/>	וכתובתה.....

עדים היכולים להעיד על נסיבות החבלה: * לא כן ופרטיהם:

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות או מספר אישי	כתובת אזרחית	ד.צ.	תפקיד

* אי ציון שמות עדים משמנו שאין עדים לארוע.

מוסדות רפואיים בהם טופלתי לרבות מרפאות מקצועיות

שם המוסד הרפואי	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ- עד	שם הרופא המטפל

מסמכים/אישורים המצורפים לביסוס תביעתי:

<input type="checkbox"/>	* דו"ח פציעה
<input type="checkbox"/>	2. אישור מחלה
<input type="checkbox"/>	3. מסמכים רפואיים

אני עובד במשרד הביטחון כן / לא . אם כן היכן אתה עובד.....

אני קרוב משפחה של עובד המשרד כן / לא . ציון קרבה.....

ד. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי כל המסמכים שברשותי הקשורים בתביעה זו זיודע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

תאריך..... השם המלא של החותם..... חתימה.....

כתב ויתור על סודיות

השם: _____
מספר תעודת זהות: _____
מרפאה: _____
מ.א. בצה"ל: _____
הכתובת: _____
חבר בקופת חולים: _____
שם רופא המשפחה: _____

אני הח"י מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, כל עובד של המוסד לביטוח לאומי, כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי, בתי חולים, שלטונות צה"ל, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, "מבטחים", ו/או כל גוף אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון, ליועץ המשפטי לממשלה ו/או נציגיו ו/או מי מעובדיו ו/או פקידיו ו/או חוקריו ו/או מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה, חלילה, בעתיד וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותי, זכויותי, ותגמולי בעבר, בהווה ובעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או כל רשות מס ו/או כל מוסד אחר ו/או מקומות עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או מצבי הנפשי ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתי והכנסותי וזכויותי ותגמולי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם/הם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם ייעשה שימוש בהליך המשפטי שאני מנהל מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידיכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

ולראיה באתי על החתום:

_____ חתימה

עד לחתימה: _____

תאריך: יום _____ לחודש _____ שנת _____

כתב ויתור על סודיות

השם: _____
מספר תעודת זהות: _____
מרפאה: _____
מ.א. בצה"ל: _____
הכתובת: _____
חבר בקופת חולים: _____
שם רופא המשפחה: _____

אני הח"מ מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, כל עובד של המוסד לביטוח לאומי, כל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי, בתי חולים, שלטונות צה"ל, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, "מבטחים", ואו כל גוף אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון, ליועץ המשפטי לממשלה ואו נציגיו ואו מי מעובדיו ואו פקידיו ואו חוקריו ואו מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומוזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ואו הנפשי ואו הסוציאלי ואו הכלכלי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו החינוכי ואו על כל מחלה שתליתי בה בעבר ואו שהנני חולה בה כעת ואו שאחלה בה, חלילה, בעתיד וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותי, זכויותי, ותגמולי בעבר, בהווה ובעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ואו עובד אחר ואו כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ואו פסיכיאטרים ואו שיקומיים ואו כל סניף מסניפיכם ואו כל מוסד חינוכי ואו כל רשות מס ואו כל מוסד אחר ואו מקומות עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו מחלותי ואו ואו מצבי הנפשי ואו מצבי הסוציאלי ואו הכלכלי ואו מצבי בתחום החינוכי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו עבודתי והכנסותי וזכויותי ותגמולי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ואו קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם/הם כל טענה ואו תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם ייעשה שימוש בהליך המשפטי שאני מנהל מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידיכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

ולראיה באתי על החתום:

_____ חתימה

עד לחתימה: _____

תאריך: יום _____ לחודש _____ שנת _____