

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

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

1.9.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף חולון
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: סופי סורג'ון, ת.ז. 058616509
תאונה מיום 13.4.23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בטיפול תביעת מרשתי אודה.


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 שטיפל בך 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 ובירורים 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. זימונך 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 ובירורים 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

058616509

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

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מאריץ	ס/י	058616509
מין ☐ זכר ☒ נקבה	עיסוק ☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי	תאריך לידה שנה חודש יום 06/01/1964
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
22/1	22/1	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0546222601	@

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 ס"ב

☐ 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

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
13/04/2023	החלקת ונהיגה
שנה חודש יום	

3

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות		טלפון	
א. מקד, ב. נחמה, ג. זלמה, ד. כהן			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐			
שב"ס ☐			
משטרה ☐			
משמר הכנסת ☐			
משמר אזרחי ☐			
אחר ☐			
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון נייד		מס' פקס	

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 מבוטח בקופ"ח _____

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 תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

רצף

כאבים ורגלי כחולות כחולות ורגלי
קושי דברתי היד וקושי מניפולציות
כאבים ורגלי רגלי ימני רגלי

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוין 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 ברור 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 מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי 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 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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון 03-7412358

כתובת חתום

שם גורם מסייע חתום

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

סמ' סור' /	שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
י.ר.ד.	היילון	284	45578	

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 מיזפי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזפי 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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל /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 _____ 1.9.23 חתימת מקבל הגמלה X חתימת השותפים לחשבון X

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 ביוזעין 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 בווידיאו צ'אט

תאריך _____ 1.9.23 חתימת התובע X

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 13 04 2023 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 058616509	קוד גמלה 11
שם פרטי סארי	שם משפחה סראן	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 שנתיק לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 9.7.2023 חתימת המבוטח *

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מלצר פולינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר דיגיטלית מוכיח
13/04/2023

קוד הפניה: 319942272

טלפון: 03-5510388 03-6485150

פקס: 03-6527814

כתובת: פנחס אלון 13 מרכז מסחרי, חולון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי



טל. עבודה/נייד: 0546222601

טלפון: 0774421309

מין: נ

ת.לידה: 06/01/1964

כתובת: שנקר 83/1, חולון

0058616509

מיקוד 5833924

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

תלונות: שיחה טלפונית

כרגע נמצאת במוקד

מבקשת הפניה לצילום יד ימין

היום החליקה על הרצפה בעבודה

אבחנה:

בעיות ידועות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicilin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

לשלול שבר

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 14/04/2023 בשעה 17:24:42

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13/04/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר שחאדה מונדר

טראומטולוגיה

מ.ר גורם מפנה



131932

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי



0058616509

ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכתב שחרור

13/04/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:00

שעת שחרור: 19:13

סיבת הפניה:

בת 59

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתה החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT I, ללא תזוזה,

מתאים ל NEER 1.

הוסבר למטופלת על הממצאים, הוסבר על המשך טיפול.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אבחנות פעילות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות:

penicilin

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

תוכנית טיפולית: מתלה ליד ימין רוב שעות יממה,

שימוש במייצב כתף לפי הצורך.

הפעלת מרפק ושורש כף יד בצורה חופשית.

להימנע מהפעלת כתף.

ביקורת אורתופד בעוד שבועיים עם צילום

עדכני.

ד"ר שחאדה מונדר
מומחה לרפואת יד
43957
מ.ר. 131932

ד"ר שחאדה מונדר

חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך: 27/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0028438547



035232

קוד הפניה: 321884599



34F (X) EGA

ד"ר קסטנר מוטי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון שם פרטי: סופי ת.ז.: 58616509
ת.לידה: 06/01/1964 מין: נ טלפון: 0774421309 טל.עבודה/נייד: 0546222601
כתובת: שנקר 83/1, חולון מיקוד 5833924



0058616509

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה	כתף ימין 2 צילומים (AP+LAT)
3030		

שאלה למבצע הבדיקה: מעקב שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגיו GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורג

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2023 עד תאריך - 24/10/2023

27/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



035232



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 321891983

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

שם משפחה: סורג'ון

טל.עבודה/נייד: 0546222601

0774421309

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 06/01/1964



0058616509

מיקוד 5833924

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

ממצאים: תכונית

מתלה לפי הצורך

משככי כאבים לפי הצורך

נסיון הפעלה מוקדמת תנועה פנדולרית וכדומה כפי שהסוסבר

פדיותרפיה - הפעלה מוגדמת לפי הצורך

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

• OSTEOPOROSIS (12/2018)

• CVA (2010)

• PEPTIC DISEASE (2008)

• GASTROSCOPY (2014)

• COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicilin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: הערכה והמלצות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2023 עד תאריך - 24/10/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

27/04/2023

תאריך

חתימה וחומת

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.



131932



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סופי	שם משפחה: סורג'ון	ת.ז.: 58616509
תלפון: 0774421309	ת.לידה: 06/01/1964	טל.עבודה/נייד: 0546222601
מיקוד: 5833924	כתובת: שנקר 83/1, חולון	0058616509

מכתב שחרור

13/04/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:00

שעת שחרור: 19:13

סיבת הפניה:

בת 59

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתה החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין
בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.
בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה,
מתאים ל NEER 1.
הוסבר למטופלת על הממצאים, הוסבר על המשך טיפול.
משתחררת עם ההמלצות הבאות.

אבחנות פעילות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות:

penicilin

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

תוכנית טיפולית: מתלה ליד ימין רוב שעות יממה,
שימוש במייצב כתף לפי הצורך.
הפעלת מפרק ושורש כף יד בצורה חופשית.
להימנע מהפעלת כתף.
ביקורת אורתופד בעוד שבועיים עם צילום
עדכני.

ד"ר שחאדה מונדר
מומחה לרפואה אורתופדית
מ.ר. 131932 מ. 43957

ד"ר שחאדה מונדר

חתימה וחוקתמת הרופא

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

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס

13/04/2023

ד"ר מלצר פולינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



קוד הפניה: 319942272

טלפון: 03-5510388 03-6485150

פקס: 03-6527814

כתובת: פנחס אלון 13 מרכז מסחרי, חולון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

שם פרטי: סופי

ת.ז.: 58616509



ת.לידה:

06/01/1964

מין: נ

טלפון:

0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

כתובת:

שנקר 83/1, חולון

מיקוד 5833924

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

תלונות: שיחה טלפונית

כרגע נמצאת במוקד

מבקשת הפניה לצילום יד ימין

היום החליקה על הרצפה בעבודה

אבחנה:

בעיות ידועות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: - penicilin - 25/11/2018

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

לשלול שבר

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 14/04/2023 בשעה 17:24:42

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/04/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך



131932



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

שם פרטי: סופי

ת.ז.: 58616509

ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601



0058616509

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכתב שחרור

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.



מכון דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252

פרטי רופא מפנה:

שם: מלצר פולינה

מ.ר: 026078

תאריך הבדיקה: 13/04/2023

תאריך הפיענוח: 13/04/2023

שם הנבדק: סורג'ון סופי

ת.ז. הנבדק: 58616509

כתובת הנבדק: שנקר 83/1 חולון 5833924

טלפון הנבדק: 077-4421309 טלפון נייד: 054-6222601

תשובת בדיקת דימות: 23261915

כתף 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

הודגם שבר מרוסק בראש צוואר הומרוס מימין

בבדיקה זו קיימים ממצאים, המצריכים פניה לרופא המפנה לשקילת המשך בירור וטיפול

מרפק 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

ימין

=====

מבנה גרמי שמור.

לא הודגם שבר.

בברכה

ד"ר קיריל דרקץ'

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 35825

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



035232

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 324172203

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

ת.לידה: 06/01/1964



0058616509

טל.עבודה/נייד: 0546222601

טלפון: 0774421309

מין: נ

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי ו GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

בביקור בתאריך 12/05/2023 בשעה 08:08:55

בצילום ביקורת ללא שינוי בעמדה.

ננסה להשיג פיזיותרפיה.

ממצאים: תוכנית

מתלה לפי הצורך

משככי כאבים לפי הצורך

נסיון הפעלה מוקדמת תנועה פנדולרית וכדומה כפי שהסוסבר

פיזיותרפיה - הפעלה מוגדמת לפי הצורך

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicilin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעשבת: לא

סיבת ההפניה: זקוקה לסידור פיזיותרפיה בדחיפות האפשרית מדובר בשבר זקוקה להפעלה מוקדמת.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 12/05/2023

ד"ר קסטנר מוטי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



035232

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 324172203

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי



ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

0058616509

מיקוד 5833924

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/05/2023 עד תאריך - 08/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

12/05/2023

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.

ד"ר מוטי קסטנר
מומחה באורתופדיה
מרפאת בית דוד, ט"ז, סמטת סמטת
03-6000000



035232

מסמך אוטו
דיגיטלי
מכבי

התמחויות:

קוד הפניה: 332123136

טלפון: 03-5025252

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:			שם משפחה: סורג'ון			שם פרטי: סופי			ת.ז.: 58616509		
ת.לידה: 06/01/1964			מ.י.נ: 0774421309			טלפון: 0546222601			טל.עבודה/נייד: 5833924		
כתובת: שנקר 83/1, חולון			מיקוד: 5833924								

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 59

יד ימין דומגנטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקה: ממקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

בביקור בתאריך 12/05/2023 בשעה 08:08:55

בצילום ביקורת ללא שינוי בעמדה.

ננסה להשיג פיזיותרפיה.

בביקור בתאריך 04/07/2023 בשעה 17:25:51

למעשה מצב לאר שבר צוואר כירורגי גבשושית גדולה

עם דפורמצה של וורוס.

צילום סימני חיבור.

אך עדיין הגבלה בתנועה

כיפוף 160 סיבוב חיצוני 90 סיבוב פנימי אזור טורקלי.

לאחר הפעלה וכן פיזיותרפיה שיפור יפה בצמעה אך עדיין חסר בכיפוף.

המשך פיזיותרפיה

לימוד תרגילים שתבצע בביתה

צפיפות עצם וביקורת אנדוקרינולוג

ממצאים: מצב לאחר שר מורכב ראש הומוס ימין. כעת סימני חיבור אך חסר בכיפוף המשך הפעלה בפיזיותרפיה ולימוד תרגילים.

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: penicilin - 25/11/2018 -

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: המשך הפעלה נסיון שיפור של הכיפוף ולימוד תרגילים לביתה

מ.ר גורם מפנה



035232



ד"ר קסטנר מוטי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 332123136

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: סופי	שם משפחה: סורג'ון
ת.ז.: 58616509	ת.לידה: 06/01/1964
טל.עבודה/נייד: 0546222601	מין: נ
טלפון: 0774421309	שנקהר 83/1, חולון
מיקוד 5833924	כתובת: 0058616509

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/07/2023 עד תאריך - 31/12/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/07/2023

חתימה וחותמת

תאריך

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.

גיל: 59.7

שם רופא/ה: ד"ר קסטנר מוטי

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 19514945

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.
החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין
בבדיקתה: ממקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.
בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי ו GT, ללא תזוזה,
מתאים ל NEER 1.
בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי
מספר המטומות בתהליך ספיגה.
מרפק שמור.
כף י שמור.

בביקור בתאריך 12/05/2023 בשעה 08:08:55
בצילום ביקורת ללא שינוי בעמדה.
ננסה להשיג פזיותרפיה.

בביקור בתאריך 04/07/2023 בשעה 17:25:51
למעשה מצב לאר שבר צוואר כירורגי גבשושית גדולה
עם דפורמצה של וורוס.
צילום סימני חיבור.
אך עדיין הגבלה בתנועה
כיפוף 160 סיבוב חיצוני 90 סיבוב פנימי אזור טורקלי.
לאחר הפעלה וכן פזיותרפיה שיפור יפה בצנועה אך עדיין חסר בכיפוף.
המשך פזיותרפיה
לימוד תרגילים שתבצע בביתה
צפיפות עצם וביקורת אנדוקרינולוג

בביקור בתאריך 22/08/2023 בשעה 17:16:29
עדיין הגבלה בתנועה המשך פזיותרפיה

13/04/2023

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: מצב לאחר שר מורכב ראש הומוס ימין. כעת סימני חיבור אך חסר בכיפוף המשך הפעלה
בפזיותרפיה ולימוד תרגילים.

בביקור בתאריך 22/08/2023 בשעה 17:16:29

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED	Rt		

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 18/02/2024	מכון פזיותרפיה
בתוקף עד - 18/02/2024	מכון פזיותרפיה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ ס' 01010 | מס' 058696501 | מרחוב _____ ד' אדר ג' תש"ס
ת.ז. מס' _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
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, 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 מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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 24 לחודש 5 שנה 23

חתימה: סמך 1010 X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל מרזינגר
מק' רשיון: 62254
עורך-דין~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
058616509	0'0	058616509	שם האב	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון	
159/א	2	מיקוד	טלפון	
עיר	מס'	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: _____ 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: 14/5/03 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: _____