

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

8.10.23

מ.ל.ב.
באמצעות האתר

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
רחוב דני מס 9
רמלה 72100

א.ג.נ.,

הנדון: משה אלון, ת.ז. 27750488

הריני מאשר קבלת מכתבכם והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. רצ"ב הטופס המבוקש חתום על ידי מרשי.
2. כמפורט, משרדו של מרשי ברחוב הרכבת 58 בתל אביב.
3. מרשי עו"ד עצמאי נאלץ בשל אופי עיסוקו לשוב לעבודה לאחר האשפוז ולייצג את לקוחותיו בערכאות השונות.
4. לאור האמור, מרשי לא תובע תשלום בגין דמי פגיעה.
5. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

עמוד 1 מתוך 8

027750488

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

הותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

שם משפחה: אלון
שם פרטי: שר
תאונה בעבודה ☒
מחלת מקצוע, פרט ☐
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 027750488
טלפון קווי:
טלפון נייד: 0525786759
דואר אלקטרוני: @

שם משפחה איש קשר:
שם פרטי איש קשר:
מס' זהות איש קשר:
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים

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

מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
9			תל אביב	

שם מעסיק/ מפעל:
רחוב / תא דואר:
שם פרטי/ מתנדב/ הכשרה מקצועית:
תפקיד התובע במקום העבודה:
מספר פקס:
טלפון קווי: 035755540
טלפון נייד:
מספר פקס: 035755586

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ כן, פרט:
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא, ☐ כן, פרט:
עצמאי (אם הפגיעה איננה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע) שם העסק:
סוג העיסוק:
רחוב / תא דואר:
מס' בית:
כניסה:
דירה:
יישוב:
מיקוד:
טלפון קווי:
טלפון נייד:
מספר פקס:
035755540
0525786759
035755586

035755540
0525786759
035755586

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

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

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפגיעה

היום בשבוע

14/05/2023
שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☒ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר
443 תל אביב - רחוב הרצל 9 תל אביב - רחוב הרצל 9 תל אביב - רחוב הרצל 9

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט
אסמ"ח - רחוב הרצל 58, גידול אלקטרוני, תל אביב

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

הצד השני

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפרייה 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

סל דרורסל

21/10/08

21/10/08

שעה

שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה
שבה טופלתי או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

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

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

03-7492358

כסא הלל ד, תת-א

ד"ר אהרון פרידמאן

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 נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובתו מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן. נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

- במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך	מתאריך
שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
עד שעה _____	עד תאריך
משעה _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
עד שעה _____	עד תאריך
משעה _____	שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

8

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

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **X**

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מסר אלון	רח' נשר	125	184324310

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

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או 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 מושכי התשלומים.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא 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 8.10.23 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

027750488

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 6 מתוך 8

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל
☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: כפר סביר

שעת הפגיעה

17:00 / קומה

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה:

 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב:

 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם ת.ז.

 2. שם ת.ז.

שעת היציאה	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת החזרה הצפויה			

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע
☐ פגיעה בדרך לעבודה:
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכתובת שבה היה אמור לעבוד?
☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
<u>חזר של אלון</u>	
תאריך תחילת עבודה:	מספר ימי העבודה בשבוע:
מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי	היקף המשרה ב-%

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש		יומי ☐ חודשי ☐		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, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

 שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר מספר טלפון:

 דואר אלקטרוני: @

 חתימת המעסיק תאריך שם ותפקיד החותם חתימה וחותמת

כל/ 211 (09.2023)

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

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

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך: 10.23 תפקיד החותם: ד"ר גרשון שם החותם: גרשון חתימה וחתימת * _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

* חתימת המעסיק וחתימת _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
14/05/2023 יום חודש שנה	027750488	60
שם פרטי	שם משפחה	
ער	אלון	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 10.23 חתימת המבוטח *



מחלקה לרפואה דחופה
 מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
 אח"ת אחראי/ת: נטלי כרדי
 טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק, מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מרעה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: אלון	ת. לידה: 26/03/1970 גיל: 53
שם פרטי: משה	ת. זהות: 27750488 מין: זכר
כתובת: סיון 3 מודיעין 7174552	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 052-5796759	שם האב: שלמה שם האם: ליליאנה
זמן קבלה: 08:52 14/05/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 09:09 14/05/2023	מספר מקרה: 12020974
זמן שחרור: 10:00 14/05/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			338.11	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

לא ידועה רגישות לתרופות
 לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 53, היה מעורב בת"ד כאשר רכב שני נכנס מאחור, נחבל בגב, צוואר, ללא אובדן הכרה ללא הקאות
 בבדיקה - בהכרה מלאה, GCS 15 ללא מצוקה נשימתית
 ראש סימטרי, ללא סימני חבלה אישונים שווים מגיבים אור, ללא ניסטגמוס
 בית חזה סימטרי לא רגישות מעל צלעות או סטרנום
 כוח גס שמור ללא סימני צד
 תנועות גפיים ע"ש מלאות

מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
121/81	69	36.7	95

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
 מעקב רופא מטפל
 קומפרסים חמים
 נופשת מחלה: 2 ימים.

חלטה רפואית: שחרור

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028399

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אף אוזן גרון

תחום שירות:

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

יש כאב ראש וטנטון

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS

מעשנת/ לא

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על חוות דעתך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

17/05/2023

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.



סיכום מידע רפואי

לכבוד:

תאריך: 30/05/2023
ת.ז: 27750488
מין: זכר ○ נקבה ●

אלון משה
53.2

שם מטופל:
גיל:

בן 53

בתאריך 14.5.2023 עבר תאונת דרכים, מנגנון אחורי וקדמי.
פונה למיון בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר צילומים.
מלין מכאבים צוואריים הולכים ומחמירים, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמ"ש
צווארי וחגורת הכתפיים.
בנוסף כאבים בעמ"ש מותני וחגורת המתניים, הגבלה בתנועות בעיקר כיפוף
קדמי.

תלונה עיקרית:

מחלה נוכחית:

מחלות או ניתוחים בעבר:

תחפו:

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם
הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי על חשבון רוטציות כ-30 מעלות לכל כיוון מלווה
בכאבים בסוף תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף תנועה.
רגישות פראספינאלית דו"צ.

הגבלה בתנועות עמ"ש מותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים
לירך מקורבת מלווה בכאבים והחמרת הכאב בזמן אקסטנציה של עמ"ש מותני.
הגבלה בתנועות רוטציות של עמ"ש

בדיקה:

ידיים ורגליים- כח גס תקין ללא קיפוח עצבי
ללא ערות החזרים או החזרים פתולוגיים

בדיקות עזר:

צילום-

מיפוי-

CT-

MRI-

U-S-

E.M.G-

BACK PAIN
CERVICALGIA
MVA INJURY
WHIPLASH INJURY

אבחנה:

פיזיותרפיה לחיזוק שרירים, שיפור טווחי תנועה, עבודה נוירודינמית לידיים
ולרגליים

רפואה משלימה- דיקור, שיאצו, טוינה
משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה

המלצות:

הערות:

ד"ר אייל הנדלר

מומחה לכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 1120667-1 מ.ר.מ. 139753



קוד הפניה: 026

טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידן 37 מודיעין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון שמיעה

תלונות: כחודש לאחר תאונת דרכים מבזמן עבודה, חבלה מסוג WHIPLASH
חש כאבי אוזניים, ציפופים
שולל סחרחורות, היו בהתחלה מייד לאחר התאונה

ממצאים: נוקה צרומן, תופייות תקינות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS Bi-Lateral

אבא נפטר בגיל 62 (*) FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS
ASTHMA (12/2017)
OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

הבדיקה הדרושה	
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/06/2023

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

תאריך: 18/09/2023

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

תל אורתופדיה ילדים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:



0027750488

שם משפחה: אלון

שם פרטי: משה

ת.לידה:

26/03/1970

מין: ז

טלפון:

0778832368

כתובת:

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

ת.ז.: 27750488

טל.עבודה/נייד: 0525786759

מיקוד 7171415

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר יניב דן

בבדיקה שנעשתה ב: 18/09/2023

עקב: תאונת דרכים במנגנון שרשרת ב-14.5.2023, במסגרת העבודה. מאז כאבים בצוואר עם קרינה לכתף ימין. נימול בידים בלילות לעתים.

ממצאים: הליכה תקינה. הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

סיכום והמלצות: הפניה לפיזיותרפיה הפניה לצילומים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

18/09/2023

תאריך

פרופ' אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה של ילדים
מ.ר 17210 מ.ת.מ. 14401

חתימה וחותמת הרופא



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאס"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/05/2023

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.

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
כתובת הרצל 206, רחובות
טלפון 089371599
פקס 089770134
דואל bohanim.shfela@police.gov.il

מספר תיק פלא 219722/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ד
תאריך 05/06/2023, ט"ז סיון תשפ"ג, 14:33

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/05/2023 בשעה 08:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 443 ק"מ מס 8.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4146730	פרטי נוסעים	פיאט איטליה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	1352631603	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	22513980	פפו רונן	30/06/1966	כ האורנים, יפה נוף 53		
נהג	324198167	פפו אושר	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה
נוסע	324198159	פפו מתן שמואל	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל



פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
43819802	פרטי נוסעים	טויוטה טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
מנורה	3323156824	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	27750488	אלון משה	26/03/1970	מודיעין, תפוח 9	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
1415433	פרטי נוסעים	רנו טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	22172969	גואטה רפאל	07/03/1966	מודיעין, עמק דותן 3		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
3	בחקירה	21/05/2023

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

פרטי המטפל בתיק



שם פרטי	שם משפחה	מ"א
עִינָת	עוזרי	1902932

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1045400	דרור	ישראלי	רסב	חוקר משל

מקום שרות

חתימה
05/06/2023 14:33

משרד אחמ מודיעין שפלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	
	027750488	רנה	אילן	
טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב
		77777	9	7777

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 הבריאות 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 הבריאות 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 19.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
מ.ר. 62254

יפוי כח

אני הח"מ, _____ ש"ר _____ ס"א _____
 ת.ז. מס' _____ 02775048, מרחוב _____ רב"ח _____
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
 _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
 מבלי לפגוע בכלליות המיני הני"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הני"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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, 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, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 19 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

