

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.

31.10.23

באתר

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון : שחר קסורלה, ת.ז. 307837773
תאונה מיום 27/2/23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד
בכבוד רב ובתודה,
מנכ"ל

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 טופס 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 מכונות. 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

307137773

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

פרטי התובע

1

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

מספר זהות
ס"ב

שם פרטי

שם משפחה

307137773

סרה

קטרי

תאריך לידה

מספר אישי בצה"ל

עיסוק

מין

21071993

שכיר

זכר

יום חודש שנה

מתנדב

נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב/תא דואר

רחוב/תא דואר

5/6

הירקון

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

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

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

שם פרטי של איש קשר

שם משפחה של איש קשר

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב/תא דואר

פרטי הפגיעה

2

27022023

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום
2023 02 27

פרטים על הפגיעה

- 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

מִיָּקוּד

ישוב

דירה

כניסה

on

רחוב/תא דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

x3

מקום השירות

צ"ל

משמר הכנסת

☐ שבר"ס

☐ משמר אזורי

משטרה

□ אחר

רחוב/תא דואר

יישור

מ'קול

טלפון קווי

טלפון נייד

מ'ס' פקט

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

לא ☐ כן ☐

 χ^2

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא

□ כן, פרט

תקופת אשפוז

שם בית החולים

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

צ"ן בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים והסבל העצום קשה מאוד
קושי ללכת ולעמוד
חוסר יציבות

כאבים ותלחשת רגליים קושי קשה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, 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 או 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 הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד 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
הרמט"א

שם גורם מסייע
מר אליהו פרידמן

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

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
אנר גמל	האשן	344	270041

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

תאריך 30/10/23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך _____ חתימת התובע *

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 27022023 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 307837773	קוד גמלה 11
שם פרטי רחל	שם משפחה קסיר	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 30/10/23 חתימת המבוטח * [Signature]



שם הרופא	ד"ר אלכסנדר רובינשטיין	מספר רשיון	24373
תחום	אורתופדיה	טלפון	03-9681888
כתובת	יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון	פקס	03-9681842
מרפאה	פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון	מחוז	מרכז

תאריך: 22/06/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	קסורלה שחר	מס זיהוי: 00307837773	גיל: 29.11	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	ת.לידה: 21/07/1993	ישוב: ראשון לציון	רחוב: הירקון	
מס בית: 5 / 6	טלפון: 54-9796445	טלפון נוסף: 54-9796445		

תאריך תאונה: 27/02/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 32061108342

גודל שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2061



032061108342



0307837773



024373

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.
לנשים 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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US קרסול שמאל	10405017

המטופל מתלונן על: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/04/2023:

נחבל בקרסול שמאל בדרך לעבודה, נבדק ע"י אורטופד לא נמצא שבר
עדיין כאבים בקרסול
בעברו ניתוח בקרסול זה - 2018, ORIF BIMALLEOLAR FX
22/06/2023: סובל מכאבים בקרסול שמאל

ממצאים עיקריים: בדיקה גופנית מתאריך 23/04/2023:

ללא נפיחות בקרסול שמאל, רגישות מפושטת, הגבלה בתנועות סבטלריות
צ. קרסול שמאל - מצב לאחר קיבוע של שבר בקרסול, שינויים ניוניים
22/06/2023: רגישות בקרסול שמאל עם נפיחות קלה. כפות רגליים קעורות באופן
קל. יבלות עקב דריכה לא נכונה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8450	LT	SPRAIN ANKLE

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/11/2004	BRAIN	CONCUSSION
01/01/2010		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחזותם הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

22/06/2023

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00307837773

קסורלה שחר

שם הרופא: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
 תחום: אורתופדיה
 כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
 מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

מספר רשיון: 24373
 טלפון: 03-9681888
 פקס: 03-9681842
 מחוז: מרכז

תאריך: 22/06/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	29.11	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

תאריך תאונה: 27/02/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תעודת המשך למחלה זו

גבדיק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ:	קוד:	79989	אפיפון:	אבחנה:
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD				

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/06/2023 עד תאריך: 26/06/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 6

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

197

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

22/06/2023

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00307837773

קסורלה שחר

תאריך: 21/03/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זכות:	00307837773	גיל:	29.08	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

שלום רב,

תאריך הביקור: 21/03/2023
 סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
 מהות הביקור: רגיל
 תלונות/סיבת הפניה: לאחר חבלת קרסול שמאל אובחן עם נקע בעברו הגבלה בהנעת הקרסול
 בדיקה גופנית: נושא משקל, שיפור בתבנית ההליכה דיין קושי, עם חגבלה בהחמרה בפלנטר פלקציה שמור NV

קוד	איפיון	אבחנה
8450		SPRAIN ANKLE

קוד	מיתר	עד תאריך	סטטוס
113	27/02/2023	05/03/2023	הודפס

סיכום והמלצות: הפעלת הקרסול נוגדי כאב יכול לחזור לעבודה

בברכה,



126855

ד"ר אלעד מרום

מס' רשיון

שם הרופא

מספר רשיון: 30577
 טלפון: 08-9137300
 פקס: 08-9137310
 מחוז: מרכז

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין
 אורתופדיה
 שדרות הרצל, 88
 לב רמלה - מרכז מקצועי

שם הרופא
 תחום
 כתובת
 מרפאה

תאריך: 23/04/2023

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	29.09	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

תאריך תאונה: 27/02/2023

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8450	LT	SPRAIN ANKLE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/04/2023 עד יום 02/05/2023 (בכלל) סה"כ 10 ימים

23/04/2023

23/04/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני מסונפים, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G		
קריית-אגון שלמה ומלך פית הורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חדרת הלל יוסף 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקווה טורדאי 30 טל: 03-9547891 פקס: 03-9315658
בני-ברק 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה ד"ר רבין 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 13/08/2023

עיר/יישוב: ראשון לציון תיק מס':

מקלידה: אילני 09:01

גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד:

רופא מפנה: מרקין ויקטור ר. רופא

שם משפחה: קסורלה
2375636

שם פרטי: שחר

מספר זהות: 307837773

ת. לידה: 21/07/1993 מין: ז
מפנה: 30577

תוצאות בדיקה על קולית של קרסול שמאל

סיבת הבדיקה - כאבים

גיד T.A - תקין ללא קרע או בצקת סביבו.

גיד T.P - הודגם טנוסנוביטיס קל.

הגידים הפרונאליים - הודגם טנוסנוביטיס קל.

ליגמנטום ATFL - הודגמה רצועה בלתי אחידה, ללא עדות לקרע.

טכנאי מבצע: ואדים אידיסיס

מספר טכנאי: 815

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ולאז את תוכנו ולאז אזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולאז גוף אלא בהתאם להוראות החוק.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

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

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

תאריך: 24/10/2023

הפניה לרפואה תעסוקתית

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **קסורלה שחר**
 ת.ל.ידה: 21/07/1993
 מס בית: 5 / 6
 מ.ס. זהות: 00307837773
 גיל: 30.03 מ"ן ז
 רחוב: הירקון
 טלפון נוסף: 54-9796445
 ראשון לצי: 54-9796445
 טלפון: 54-9796445

תאריך תאונה: 27/02/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32061135897

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061135897

תז נבדק



0307837773

מספר רשיון



024373

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70302	K1698	בדיקת כושר עבודה	70302

ממצאים:

בדיקה גופנית מתאריך 23/04/2023:
 ללא נפיחות בקרסול שמאל, רגישות ממושטת, הגבלה בתנועות סבטריות
 צ. קרסול שמאל - מצב לאחר קיבוע של שבר בקרסול, שינויים ניווניים
 22/06/2023: רגישות בקרסול שמאל עם נפיחות קלה. כפות רגליים קעורות באופן
 קל. יבלות עקב דריכה לא נכונה
 24/10/2023: ללא שינוי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8450	LT	SPRAIN ANKLE

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2004	BRAIN	CONCUSSION
01/01/2010		SMOKER

תלונות נוכחיות:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/04/2023:
 נחבל בקרסול שמאל בדרך לעבודה, נבדק ע"י אורטופד לא נמצא שבר
 עדיין כאבים בקרסול
 בעברו ניתוח בקרסול זה - 2018, ORIF BIMALLEOLAR FX
 22/06/2023: סובל מכאבים בקרסול שמאל
 24/10/2023: US - דלקת בTP, גידים פרונאליים ונפיחות ב ATFL

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



שם הרופא: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
תחום: אורתופדיה
כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
מספר רשיון: 24373
טלפון: 03-9681888
פקס: 03-9681842
מחוז: מרכז

שם הרופא
תחום
כתובת
מספר רשיון

תאריך: 24/10/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	30.03	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

תאריך תאונה: 27/02/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32061135896

רשיון רופא

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק



2061



032061135896



0307837773



024373

שירות שנבחר

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

SPRAIN ANKLE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/04/2023:

נחבל בקרסול שמאל בדרך לעבודה, נבדק ע"י אורטופד לא נמצא שבר עדיין כאבים בקרסול

בעברו ניתוח בקרסול זה - 2018, ORIF BIMALLEOLAR FX

22/06/2023: סובל מכאבים בקרסול שמאל

24/10/2023: US - דלקת בTP, גידים פרונאליים ונפיחות ב ATFL

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2004	BRAIN	CONCUSSION
01/01/2010		SMOKER

בדיקה גופנית מתאריך 23/04/2023:

ללא נפיחות בקרסול שמאל, רגישות ממושטת, הגבלה בתנועות סבטלריות

צ. קרסול שמאל - מצב לאחר קיבוע של שבר בקרסול, שינויים ניווניים

22/06/2023: רגישות בקרסול שמאל עם נפיחות קלה. כפות רגליים קעורות באופן

קל. יבלות עקב דריכה לא נכונה

24/10/2023: ללא שינוי

ממצאים קליניים

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

תאריך: 24/10/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	30.03	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	שוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54 - 9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54 - 9796445					

תאריך תאונה 27/02/2023

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/10/2023

תאריך תאונה: 27/02/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/04/2023:
נחבל בקרסול שמאל בדרך לעבודה, נבדק ע"י אורטופד לא נמצא שבר
עדיין כאבים בקרסול

בעברו ניתוח בקרסול זה - ORIF BIMALLEOLAR FX, 2018

22/06/2023: סובל מכאבים בקרסול שמאל

24/10/2023: US - דלקת ב TP, גידים פרונאליים ונפיחות ב ATFL

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 23/04/2023:
ללא נפיחות בקרסול שמאל, רגישות ממושטת, הגבלה בתנועות סבטלריות
צ. קרסול שמאל - מצב לאחר קיבוע של שבר בקרסול, שינויים ניווניים
22/06/2023: רגישות בקרסול שמאל עם נפיחות קלה. כפות רגליים קעורות באופן
קל. יבלות עקב דריכה לא נכונה
24/10/2023: ללא שינוי

קוד	איפיון	אבחנה
8450	LT	SPRAIN ANKLE

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס
הפניה לרפואה תעסוקתית	70302-בדיקת כושר עבודה	H5	הודפס

בברכה,

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא