

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

7.11.23

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח.נ., שלום רב,

הנדון: אלון אנטייב, ת.ז. 305651895
תאונה מיום 07/05/23

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

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב וכב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

גא 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**

1

שם פרטי

שם משפחה

אנטי

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

305651895

מספר אישי בצה"ל

תאריך לידה

29992

שנה

חודש

יום

עיסוק

זכר

נקבה

שכיר

מתנדב

עצמאי

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

תלפון קווי

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

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. לדיעתך, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

כרטיס על הפגיעה

מסלול
הטענה
דמי
שנה
חדש
יום

07 | 05 | 20 | 23

מזרחי

3

31/12/2023

המקצוע ערב הפגיעה:

x3

☐ משטרה ☐ אחר

מיקוד

תאריך סיום השירות בקבע

ל ☐ כ ☐

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

4

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.

'72

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כארי טל וסחרמוראן
י'ר'ג בלג'ג וטנאון
טב רח י'ר'ג, ר'ר'ג, ד'י'כ ו'ל'ה
ח'ש' ד'ט'ר'ג ו'ד'ר'ג ס'א'ל'ה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתי, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

□ כן - חזרתי לאותה העבודה

☒ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - צ"ן את הסירה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

דיוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

□ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - צ"ן את סוג התשלום.

מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להניש תביעה לפיצוי נזקיו בנוי פה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הוותר:

9

האם תביע אתר הנושה ראמצעות גוף ממוסד? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מומחים זכויים ☐ יד מסייעת ☐ אחר

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".

שם גורן מסייע

טלפון
03-7412358

כתובת

כתובת
סוכרסא הל 7, חתית ט

לחן חתונה

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

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 מיופי הכוח בחשבון,
ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו,
את פרטי השותפים ומיופי 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 _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

הצהרה

11

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 ביודעין
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 בוודאו צ'אט

תאריך 7/11/23 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

קוד גמלה

11

מספר זהות/דרכון

305651895

תאריך הפגיעה

07/05/2023

שנה חודש יום

שם פרטי

און

שם משפחה

עמר

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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.

חתימת המבוטח *

7/11/23

תאריך

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהלת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום הערכת שמיעה במבוגר

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהלת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:50 מספר ביקור: 42819886

אנמנזה מבוגר

תאריך ביצוע הבדיקה: 19/06/2023 16:50

גורם מפנה: ד"ר וייסבורד לריסה

סיבת פניה ורקע

לפני כחודשיים במסגרת העבודה נורה זיקוק מצד שמאל, מאז מלין על סחרחורות, אטימות וטנטון משמאל. עובד באופן קבוע בסביבה רועשת (כבאי).

ממצא אוטוסקופי: 08.05.2023 אוטוסקופיה תקינה דו צידית

בדיקות שמיעה קודמות: עבר בהצלחה
לפני כחודש ביצע בדיקת שמיעה, לא הגיע איתה אך לדבריו נצפתה ירידה בשמיעה משמאל.

סיכום הבדיקה

תוצאות הבדיקות מהיום מתאימות לשמיעה תקינה דו צדדית למעט ירידה מזערית בתדר 8KHz באוזן שמאל

המלצות

- בא לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג.
- המשך מעקב שמיעה לפי המלצות רופא א.א.ג. המטפל

כהן מור
קלינאית תקשורת
מ.ר. 160376-03

חתימה:

נחתם ע"י: B.A קלינאית/תקשורת כהן מור מ.ר. 13160376
אודיוגרמה

Person ID 305651895

First name אלון

Test Date

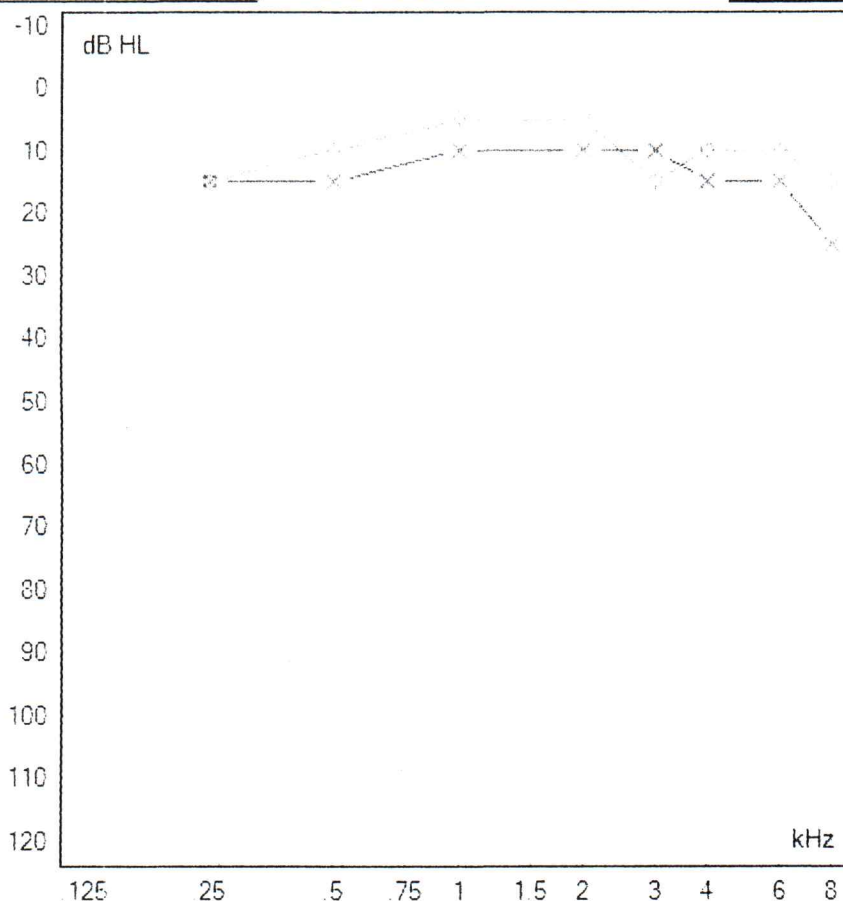
AUD 19/06/2023

Last name אנטייב

Birth date 01/01/0001

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מחלקת אף אוזן וגרון
מכון שמיעה ודיבור
Tel 03-6973433 Fax 03-6974662

	Right	Left	Bone	Bone	IFF1	FF2		
	H	M	H	M	H	M	H	M
HL	0	0	X	0	0	0	0	0
UCL	0	0	0	0	0	0	0	0



חותמת קלינאי/ת
תקשורת
בודק:
כהן מור
קלינאית תקשורת
מ.ר. 13-160376

Effective masking for test ear right

.125 .25 .5 .75 1 1.5 2 3 4 6 8

AC	
BC	

Effective masking for test ear left

.125 .25 .5 .75 1 1.5 2 3 4 6 8

AC	
BC	

Speech reception threshold (dB)

Trans	type	SRT dB	PTA Right: - Mask	PTA Left: - Aided Binaural	List
R	HL	15	--		
L	HL	15	--		

Word recognition (Disc.) %

Trans	WR	dB	WR Mask	PTA Right: - Mask	PTA Left: - %	Aided Binaur	List
R	WR1	50			100		
L	WR1	50			96		

הערות: נא ראה אנמנזה, סיכום והמלצות בטופס הנלווה

AUD report - no data

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר/עצמאי
אנטייב	אלון	אבי	305651895	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בת ים	השומרים	13	5935748	1992
חבר (כל)				
כ				
שם המעביד וכתובתו	טלפון	מקצוע		
כבאות והצלה	036987710	לוחם אש		
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
07/05/2023	21:00	במהלך העבודה/כיבוי שריפה		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
אוזן שמאל	ד"ר פגל			

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ב7.5.23 במהלך העבודה/כיבוי שריפה: ירו זיקוק ליד אוזנו השמאלית. מאז אטימות באוזן.
 נבדק ב"טרם", ניתן טיפול ANESTHETIC
 נבדק ע"י א.א.ג: טופיות שלמות הופנה לבדיקת שמיעה.
 בחילה, סחרחורת בתנועה (ורטיגו?), אטימות אוזן שמאל, טנטון
 BETISTINE SOS, יעוץ ומעקב א.א.ג.

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- ACOUSTIC TRAUMA Left
- DIZZINESS
- Vertigo?
- NAUSEA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 7 ימים, היינו מיום: 07/05/2023 עד יום: 13/05/2023

11/05/2023

מכבי
 (בטל) שירותי בריאות
ד"ר פגל אלברט
 מומחה ברפואה פנימית
 מר. 27813 מ.ר.מ. 21414
 חתימה וחומת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 21/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027813



טלפון: 03-5516951

פקס: 03-5516951

כתובת: הרב ניסנבום יצחק 33, בת ים

ד"ר פאגל אלברט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

01/04/1992

ת.לידה:



מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

0305651895

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 14/05/2023 עד יום: 20/05/2023 סה"כ: 7 ימים.

21/05/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר וייסבורד לריסה

מומחית באף אוזן וגרון

מס' רשיון: 24791

כתובת: שד הציונות 1, לוד

טלפון: 08-9248515

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
אנטייב	אלון	אבי	305651895	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בת ים	השומרים	13	5935748	1992
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
		0504933373		

תוצאות הבדיקה:

בבדיקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בבדיקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ACOUSTIC TRAUMA Left
- VERTIGO
- TINNITUS

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/05/2023

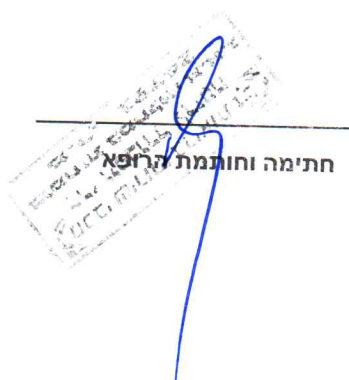
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 7 ימים, היינו מיום: 21/05/2023

עד יום: 27/05/2023 (בכלל).

21/05/2023

תאריך הבדיקה

חתימה וחוקמת הרופא



ד"ר וייסבורד לריסה
מומחית באף אוזן וגרון
מס' רשיון: 24791
כתובת: שד הציונות 1, לוד
טלפון: 08-9248515

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה אנטייב	שם פרטי אלון	שם האב אבי	מס' זיהוי 305651895	שכיר כן
ישוב בת ים	רחוב השומרים	מס' 13	מיקוד 5935748	שנת לידה 1992
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0504933373		
		טלפון 0504933373		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ACOUSTIC TRAUMA Left
- VERTIGO
- TINNITUS

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/05/2023

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 7 ימים, היינו מיום: 28/05/2023

עד יום: 03/06/2023 (בכלל).

28/05/2023

חתימה וחוממת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר וייסבורד לריסה
מומחית באף אוזן וגרון
מס' רשיון: 24791
כתובת: שד הציונות 1, לוד
טלפון: 08-9248515

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
אנטייב	אלון	אבי	305651895	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בת ים	השומרים	13	5935748	1992
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
0504933373	טלפון 0504933373			

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00
אוזניים- תופיות תקינות,
וובר-ימינה NY שלילי

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ACOUSTIC TRAUMA Left
- VERTIGO
- TINNITUS

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/05/2023

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 14 ימים, היינו מיום: 11/06/2023

עד יום: 24/06/2023 (בכלל).

14/06/2023

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 05/06/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027813



טלפון: 03-5516951

פקס: 03-5516951

כתובת: הרב ניסנבוים יצחק 33, בת ים

ד"ר פאגל אלברט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

טלפון: 0504933373

מין: ז

ת.לידה: 01/04/1992



מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

0305651895

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 04/06/2023 עד יום: 10/06/2023 סה"כ: 7 ימים.

05/06/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

08/05/2023 01:12

סיכום ביקור:

מרפאה : טרם איכילוב
מספר ביקור : 1087448
מספר תיק : 547990
תאריך : 07/05/2023
מספר זהות: 305651895
שם : אלון אנטייב
גיל: 31.118

תלונה: כאב באוזן
התקבל בשעה: 21:37:43
השתחרר בשעה: 22:27:44
רופאים: דר עיסא
סוג שחרור: נשלח/ה הביתה, המשך טיפול ובדיקות בקופ"ח

אבחנה:

(Pulse: 86, TempC: 36.6, O2sat: 99, BP: 116/71 (other vitals may be on scanned chart
הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן 31 בריא בד"כ
ללא רגישות .

התקבל עקב טנטון באוזן שמאל מזה חצי שעה טרם קבלתו , לדבריו קיבל זיקוק ליד האוזן ומאז מתלונן על
כאבים .
ללא חוסר שמיעה או תלונה אחרת .

בדיקה גופנית:
במצב כללי טוב
יציב המודנמית ונשימתית
מדדים חיוניים תקינים

אוזן שמאל - ללא אודם בתעלה , עור התוף שלם

מהלך ודיון:
טופל בטיפות אנסתטיק

משתחרר למעקב רופא מטפל
מעקב אאג

רפואה שלמה!

Diagnosis: Ear disorder, nonspecific
Followups: רופא מטפל in 2 days

Prescriptions provided:

(0) ear drop anaesthetic drop, 2 (Two) drop, 3 (Three) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS

לצפות בגליון הרפואי המלא ובצילומים היכנס ל

www.teremi.com

והכנס את הקודים המופיעים בדף זה



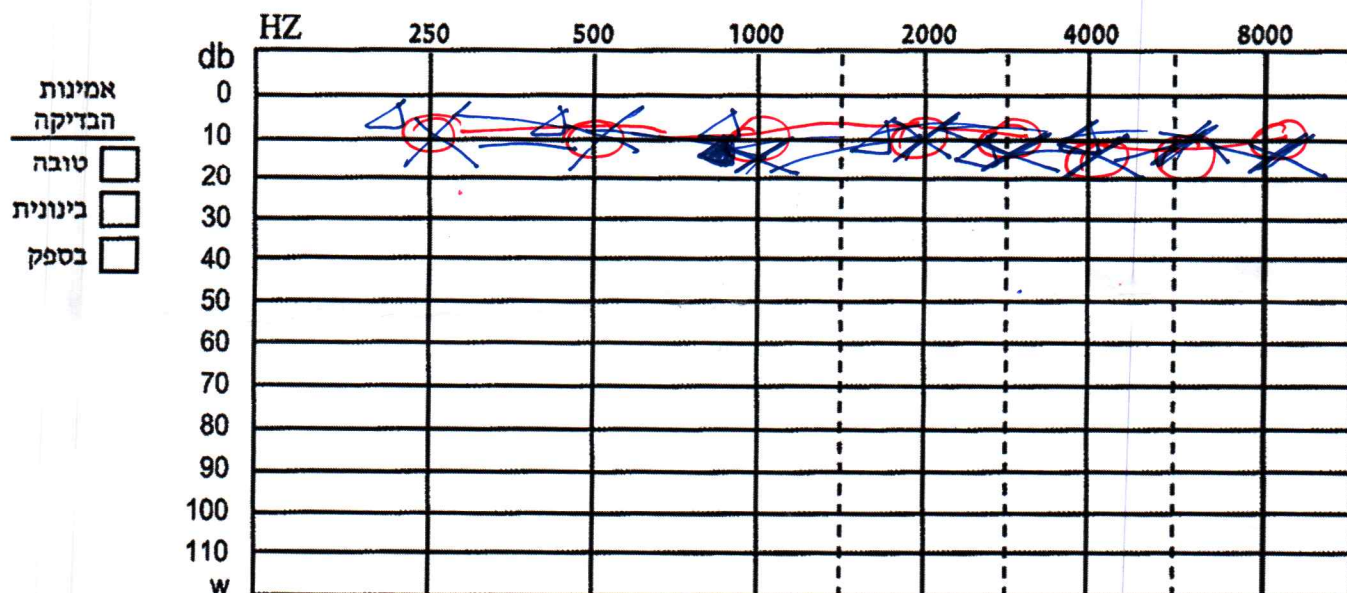
www.koltone.co.il | koltone.clinic@gmail.com

14-6-23 תאריך

3056 51 895	1992	נכ"י	life	אנטיגו
מספר זהות	שנת לידה	קופת חולים	שם פרטי	שם משפחה

050-4933373		קמ/מנ 13 קז'פ
מספר טלפון	מיקוד	כתובת

סוג האודיומטר Piano



הבדיקה	אזון שמאל כחול	אזון ימין אדום
העברת אויר	X — X	○ — ○
העברת אויר הא. הנגדית מוסוות	□ — □	△ — △
לא נשמע	↓	↓
העברת עצם	◀ — ▶	▶ — ▶
העברת עצם הא. הנגדית מוסוות	◀ — ▶	▶ — ▶
Weber	→	←
Free Field	FF	FF
Stenger	St	St
S.A.L	S	S

SPEECH AUDIOMETRY					
	Rt.	+Mask	Lt.	+Mask	FF
S.R.T	10		15		
Disc%	100%		100%		
dB	45		30		
Toler.					
M.C.L					

Tympanometry			
Static Comp.	Peak Pressure	Type	
			Right
			Left

שפה _____ סרט/דיבור _____

הערות וחמלצות

מסלול מן
קלינאית תעסוקתית BA
מ.ר. 92102-13

ד"ר וייסבורד לריסה

מס' רשיון: 24791

כתובת: שד הציונות 1, לוד

טלפון: 08-9248515

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
אנטייב	אלון		305651895	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בת ים	השומרים	13	5935748	1992
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
		0504933373		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00
אוזניים- תופיות תקינות,
וובר-מינה NY שלילי

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:29:52
בדיקת שמיעה בגדר הנורמה (ירידה מזערית בתדרים גבוהים דו צדדי סימטרי
SRT 10/10 DISC 100/100

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ACOUSTIC TRAUMA Left Status Post
- VERTIGO
- TINNITUS Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/05/2023

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 7 ימים, היינו מיום: 02/07/2023

עד יום: 08/07/2023 (בכלל).

02/07/2023

חתימת וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה



Prescription

Age: 31.12yrs

בת ים

IC 1087448 #ביקור

מרשם

עבור: אלון אנטייב

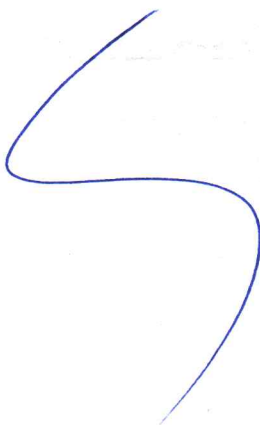
קופה: **מכבי**

תז **305651895** תאריך ביקור **07/05/2023**

ear drop anaesthetic drop

2 (Two) drop

3 (Three) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS



חותמת

הרופא/ה המטפל/ מחמוד עיסא

רשיון 153459

Dr. Mahmoud Isa

ר"מ ז'בוטינסקי

מ"ר 1153459 N.L.

Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax:072-2740627

TEREM

0722740627 פקס: 1599-520520

#תיק 547990

1087448

#ביקור

07/05/2023

21:37

שעה:

חדר	קופ"ח מכבי	שם	RR	%SaO2	T/חום
	רופא מפתח/הקבוע	אלון אנטייב		99%	36.6 PO
	ללא	תז 305851895			
	כאב באוזן	גיל 31 שנים 1 חדשים			
		בת ים			
		טל בית 054-899265			
		ייד 0504933373			
		כתובת:	B/P לח"ד		דופק/P
			116/71		86 סדיר
			WT 71 kg		

IC 1083095 19/04/23 Chest pain .
ECG
BH 4311251 24/12/22 בדיקת
קורונה

THERE ARE OLD ECGS !!!

לרופא: מתי תתחיל לבדוק החולה?

מטריאג'

21:50:28

הוזמן: ג'נס/אלייב

Allergies: NONE

In TEREM: Ibuprofen 400
PO as tablet
NURDIFEN ניתן

No x-rays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

מצב החולה כשחזר: מצוין / טוב / יציב / החמיר

אבחנה והמלצות שחזר

הביתה ומעקב קופ"ח

לבית חולים

פני באמבולנס

הופנה לרוממה

במקרה של החמרה

יש לחזור !

alonan192@gmail.com

אני מאשר שמספרי הטלפון ואימייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן למצוא אתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופא בקופה

חתימת חולה:



Dr. Mahmoud Isa

ד"ר מחמוד עיסא

N.L. 1133459

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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

שום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



024791



קוד הפניה: 331573113

טלפון: 08-9248515

פקס: 08-9292345

כתובת: שד הציונות 1, לוד (המרפאה ממוקמת בקניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

01/04/1992

ת.לידה:

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:



0305651895

התייעצות מומחה

- במכבי

ניירולוגיה

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אתמול 7.5.2023 בזמן עבודה (כבאי) זיקוק התפוצץ ליד אוזן שמאל(ית) . מאז כאבי אוזן אטימות

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55
טלפוני

בחילה, סחרחורת בתנועה (ורטיגו?), אטימות אוזן שמאל טנטון -- מצב לא משתפר
עדיים לא עשה בדיקת שמיעה

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31
ללא שיפור. עדיין לא עשה בדיקות

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00
לפני ENG
טוען שעדיין אי שיווי משקל ובחילות לא יכול להבוד

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:29:52
עדיין טינטון באוזן שמאל(ית) סחרחורת בשינוי תנועה כאבי ראש בזמן חשיפה לרעש
בוצע ENG עדיין אין תשובה

ממצאים: בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27
אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00
אוזניים-תופיות תקינות,
וובר-ימינה NY שלילי

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:29:52
בדיקת שמיעה בגדר הנורמה (ירידה מזערית בתדרים גבוהים דו צדדי סימטרי
SRT 10/10 DISC 100/100

אבחנה:

- ACOUSTIC TRAUMA Left Status Post
- VERTIGO
- TINNITUS Left

מעשנת: לא

רגישויות: 11/06/2017 - no -

מטרת ההפניה: אודה על בדיקתך והמלצות להמשך מעקב וטיפול

תאריך: 02/07/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



024791



קוד הפניה: 331573113

טלפון: 08-9248515

פקס: 08-9292345

כתובת: שד הציונות 1, לוד (המרפאה ממוקמת בקניון "לוד סנטר" קומה ב')

ד"ר וייסבורד לריסה

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחית באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון
ת.ז.: 305651895	טל.עבודה/נייד: 0504933373
ת.לידה: 01/04/1992	מין: ז
כתובת: השומרים 13/14, בת ים	מיקוד: 5935748
0305651895	

התייעצות מומחה

** 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 - 02/07/2023 עד תאריך - 29/12/2023

02/07/2023

חתימה וחותמת

תאריך

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר

באוניברסיטת תל-אביב

רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906

טל: 03-6974444

מעריך אף און גרין, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהלת המעריך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום הערכת שמיעה במבוגר

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהלת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:50 מספר ביקור: 42819886

אנמנזה מבוגר

תאריך ביצוע הבדיקה: 19/06/2023 16:50

גורם מפנה: ד"ר וייסבורד לריסה

סיבת פניה ורקע

לפני כחודשיים במסגרת העבודה נורה זיקוק מצד שמאל, מאז מלין על סחרחורות, אטימות וטנטון משמאל. עובד באופן קבוע בסביבה רועשת (כבאי).

ממצא אוטוסקופי: 08.05.2023 אוטוסקופיה תקינה דו צידית

בדיקות שמיעה קודמות: עבר בהצלחה. לפני כחודש ביצע בדיקת שמיעה, לא הגיע איתה אך לדבריו נצפתה ירידה בשמיעה משמאל.

סיכום הבדיקה

תוצאות הבדיקות מהיום מתאימות לשמיעה תקינה דו צדדית למעט ירידה מזערית בתדר 8KHz באוזן שמאל

המלצות

- נא לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג.
- המשך מעקב שמיעה לפי המלצות רופא א.א.ג. המטפל

כהן מור

קלינאית תקשורת

מ.ר. 13160376

חתימה:

נחתם ע"י: B.A קלינאית תקשורת כהן מור מ.ר. 13160376

אודיוגרמה

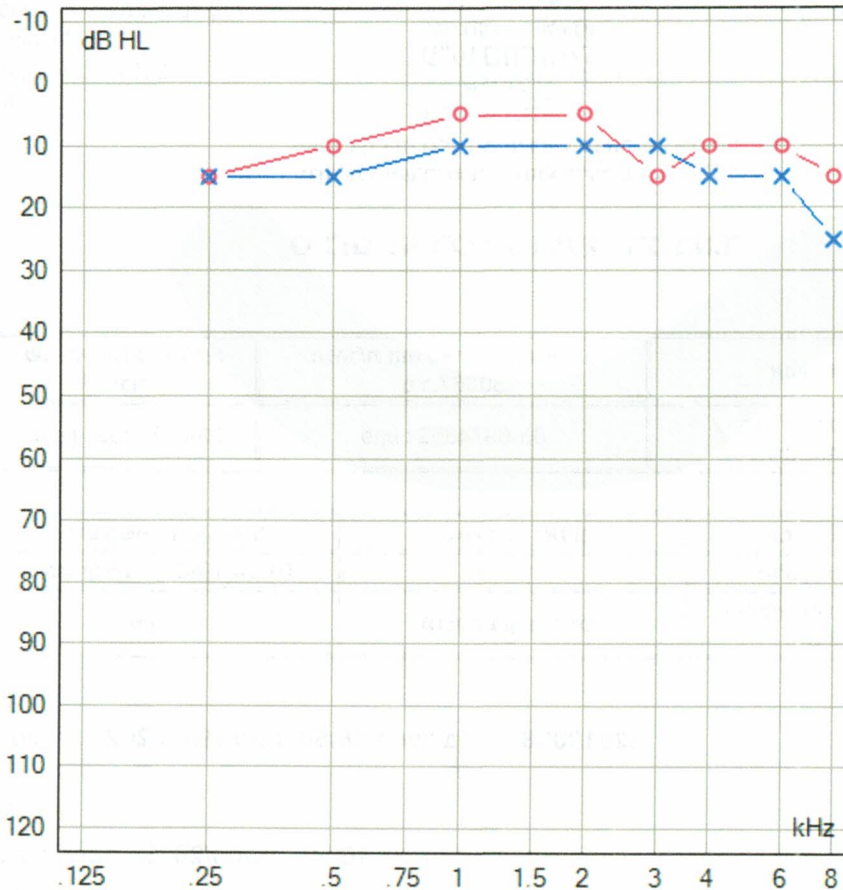
Person ID 305651895
 First name אלון
 Last name אנטייב
 Birth date 01/01/0001

Test Date

AUD 19/06/2023

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
 מחלקת אף אוזן וגרון
 מכון שמיעה ודיבור
 Tel 03-6973433 Fax 03-6974662

Right	Left	Bone	Bone	IFF1	FF2
H	M	H	M	H	M
H	M	H	M	H	M
HL	HL	HL	HL	HL	HL
UCL	UCL	UCL	UCL	UCL	UCL



חותמת קלינאית/ת
 תקשורת
 בודק:

כהן מור

קלינאית תקשורת
 מ.ר. 13-160376

Effective masking for test ear right

.125 .25 .5 .75 1 1.5 2 3 4 6 8

AC	
BC	

Effective masking for test ear left

.125 .25 .5 .75 1 1.5 2 3 4 6 8

AC	
BC	

Speech reception threshold (dB)

Trans	type	SRT	PTA Right: -	PTA Left: -		
		dB	Mask	Aided Binaural	List	
R	HL	15	--			
L	HL	15	--			

Word recognition (Disc.) %

Trans	WR	dB	WR	PTA Right: -	PTA Left: -		
			Mask	%	Aided Binaural	List	
R	WR1	50		100			
L	WR1	50		96			

הערות: נא ראה אנמנזה, סיכום והמלצות בטופס הנלווה

AUD report - no data

ודיוגרמה זו הינה חלק מגיליון בדיקת השמיעה הכולל טופס פרטים אנמנטיים, סיכום והמלצות. היא איננה מהווה מסמך שלם ללא פרטים נוספים אלו

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סודאסקי
אינטרנט
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהל/ת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום הערכת שמיעה במבוגר

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהל/ת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:50 מספר ביקור: 42819886

אנמנזה מבוגר

תאריך ביצוע הבדיקה: 19/06/2023 16:50

גורם מפנה: ד"ר וייסבורד לריסה

סיבת פניה ורקע

לפני כחודשיים במסגרת העבודה נורה זיקוק מצד שמאל, מאז מלין על סחרחורת, אטימות וטנטון משמאל. עובד באופן קבוע בסביבה רועשת (כבאי).

ממצא אוטוסקופי: 08.05.2023 אוטוסקופיה תקינה דו צידית

בדיקות שמיעה קודמות: עבר
לפני כחודש ביצע בדיקת שמיעה, לא הגיע איתה אך לדבריו נצפתה ירידה בשמיעה משמאל. בהצלחה

סיכום הבדיקה

תוצאות הבדיקות מהיום מתאימות לשמיעה תקינה דו צדדית למעט ירידה מזערית בתדר 8KHz באוזן שמאל

המלצות

- נא לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג.
- המשך מעקב שמיעה לפי המלצות רופא א.א.ג. המטפל

כהן מור

קלינאית תקשורת
מ.ר. 13-160376

חתימה:

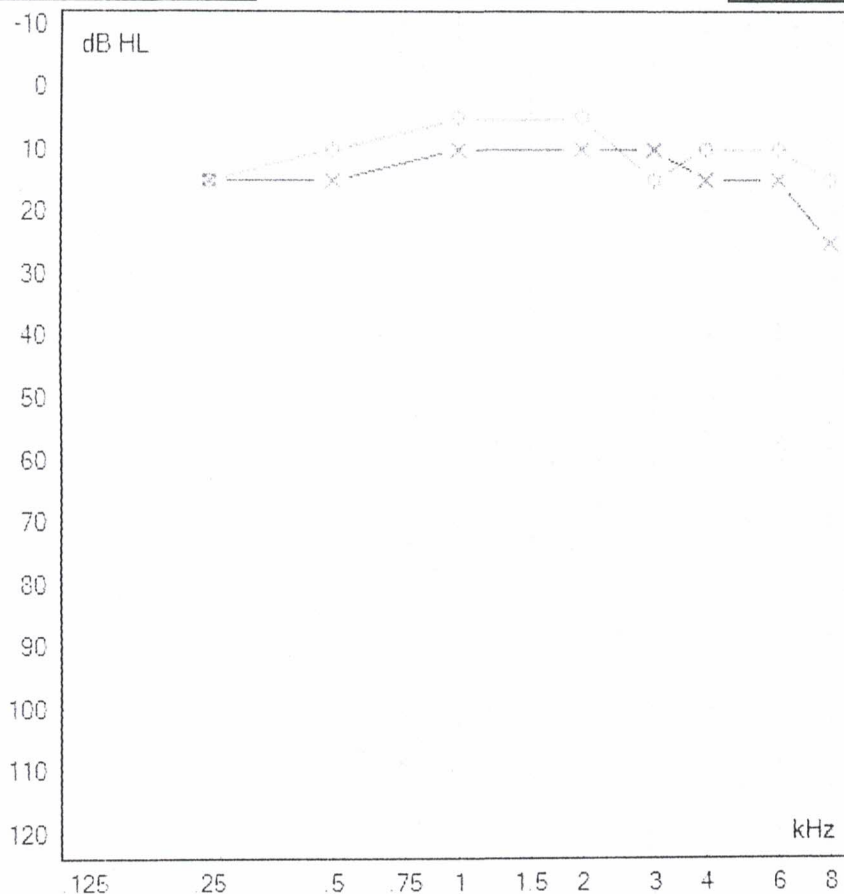
נחתם ע"י: B.A קלינאית תקשורת כהן מור מ.ר. 13160376

אודיוגרמה

Person ID 305651895 Test Date
 First name אלון AUD 19/06/2023
 Last name אנטייב
 Birth date 01/01/0001

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
 מחלקת אף אוזן וגרון
 מכון שמיעה ודיבור
 Tel 03-6973433 Fax 03-6974662

	Right	Left	Bone	Bone	IFF1	FF2
HL	H	M	H	M	H	M
UCL	○	△	×	□	▶	◀



חותמת קלינאי/ת
 תקשורת
 בודק:
 כהן מור
 קלינאית תקשורת
 מ.ר. 13-160376

Effective masking for test ear right

AC	
BC	

Effective masking for test ear left

AC	
BC	

Speech reception threshold (dB)

Trans	type	SRT dB	PTA Right: - Mask	PTA Left: - Aided Binaural	List
R	HL	15	--		
L	HL	15	--		

Word recognition (Disc.) %

Trans	WR	dB	WR Mask	PTA Right: - %	PTA Left: - Aided Binaural	List
R	WR1	50		100		
L	WR1	50		96		

הערות: נא ראה אנמנזה, סיכום והמלצות בטופס הנלווה

AUD report - no data

יוד יוגרמה זו הינה חלק מגיליון בדיקת השמיעה הכולל טופס פרטים אנמנטיים, סיכום והמלצות. היא איננה מהווה מסמך שלם ללא פרטים נוספים אלו

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהל/ת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום בדיקת ENG

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהל/ת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:13 מספר ביקור: 42819570

אנמנזה לבדיקה

רופא מפנה: ד"ר וייסבורד
רקע: סחרחורת אטימות אוזן שמאל טינטון
טכנאי/ת בודק/ת: הילדה גולר
נטילת תרופות: לא

סוג רישום לבדיקה

סוג רישום: ENG

בדיקת תנועתיות העיניים Ocular Motility Testing

בדיקת סקדות Saccade Test : תקין
בדיקת מעקב Tracking Test : תקין
בדיקה אופטוקינטית O.K.T : תקין

ניסטגמוס עצמוני Gaze Nystagmus

מבט	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
מבט למרכז	ללא	ללא
מבט ימינה	ללא	ללא
מבט שמאלה	ללא	ללא

בדיקת תנוחתיות Positional Testing

תנוחה	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
ישיבה	ללא	ללא
שכיבה	ללא	ללא
ראש ימינה	ללא	ללא

ראש שמאלה ללא ללא

תמרון ע"ש Hallpike

כיוון הראש	כיוון מהירות(מ/ש)	חביון משך(שניות)
ימינה	ללא	
שמאלה	ללא	

בדיקת קלוריות Bithermal Caloric Testing

תגובה (מ/ש)	Fixation Index (%)
-20	ימין חמים
20	שמאל חמים
16	ימין קרים
-24	שמאל קרים

חולשת מבוך: 10 בצד ימין
העדפה כונית: 10 ימינה

סיכום הבדיקה

ביצוע תקין של הבדיקות האוקולומוטוריות.
לא נרשם ניד עצמוני.
לא נרשם ניד תנוחתי.
לא נרשם ניד בתמרון ע"ש הולפייק.
הבדיקה הקלורית בגדר התקין.

נחתם ע"י: M.A קלינאי/ת תקשורת קורצמן אלי מ.ר.13122875

חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהל/ת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום בדיקת ENG

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהל/ת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:13 מספר ביקור: 42819570

אנמנזה לבדיקה

רופא מפנה: ד"ר וייסבורד
רקע: סחרחורת אטימות אוזן שמאל טינטון
טכנאי/ת בודק/ת: הילדה גולזר
נטילת תרופות: לא

סוג רישום לבדיקה

סוג רישום: ENG

בדיקת תנועתיות העיניים Ocular Motility Testing

בדיקת סקדות Saccade Test : תקין
בדיקת מעקב Tracking Test : תקין
בדיקה אופטוקינטית O.K.T : תקין

ניסטגמוס עצמוני Gaze Nystagmus

מבט	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
מבט למרכז	כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)
ללא	ללא	ללא
מבט ימינה	ללא	ללא
מבט שמאלה	ללא	ללא

בדיקת תנוחתיות Positional Testing

תנוחה	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
ישיבה	כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)
ללא	ללא	ללא
שכיבה	ללא	ללא
ראש ימינה	ללא	ללא

ראש שמאלה ללא

ללא

תמרן ע"ש Hallpike

כיוון הראש	כיוון מהירות (מ/ש)	חביון משך (שניות)
ימינה	ללא	
שמאלה	ללא	

בדיקת קלוריות Bithermal Caloric Testing

תגובה (מ/ש)	Fixation Index (%)
-20	ימין חמים
20	שמאל חמים
16	ימין קרים
-24	שמאל קרים

חולשת מבוק: 10 בצד ימין
העדפה כונית: 10 ימינה

סיכום הבדיקה

ביצוע תקין של הבדיקות האוקולומוטוריות.
לא נרשם ניד עצמוני.
לא נרשם ניד תנוחתי.
לא נרשם ניד בתמרן ע"ש הולפייק.
הבדיקה הקלורית בגדר התקין.

נחתם ע"י: M.A קלינאי/ת תקשורת קורצמן אלי מ.ר.13122875

חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהלת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום בדיקת ENG

שם יחידה: מכון שמיעה ודיבור	מנהלת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973433	פקס: 03-6974662	דוא"ל: hin-fax2mail-9832@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2023 שעה: 16:13 מספר ביקור: 42819570

אנמנזה לבדיקה

רופא מפנה: ד"ר וייסבורד
רקע: סחרחורת אטימות אוזן שמאל טינטון
טכנאי/ת בודק/ת: הילדה גולזר
נטילת תרופות: לא

סוג רישום לבדיקה

סוג רישום: ENG

בדיקת תנועתיות העיניים Ocular Motility Testing

בדיקת סקדות Saccade Test : תקין
בדיקת מעקב Tracking Test : תקין
בדיקה אופטוקינטית O.K.T. : תקין

ניסטגמוס עצמוני Gaze Nystagmus

מבט	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)
מבט למרכז	ללא	ללא
מבט ימינה	ללא	ללא
מבט שמאלה	ללא	ללא

בדיקת תנוחתיות Positional Testing

תנוחה	עיניים פקוחות	עיניים עצומות
כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)	כיוון מהירות (מ/ש)
ישיבה	ללא	ללא
שכיבה	ללא	ללא
ראש ימינה	ללא	ללא

ראש שמאלה ללא

ללא

Hallpike ע"ש תמרון

כיוון הראש

כיוון מהירות (מ/ש)

חביון משך (שניות)

ימינה

ללא

שמאלה

ללא

Bithermal Caloric Testing

בדיקת קלוריות

תגובה (מ/ש)	Fixation Index (%)
-20	ימין חמים
20	שמאל חמים
16	ימין קרים
-24	שמאל קרים

חולשת מבוך: 10 בצד ימין
העדפה כונית: 10 ימינה

סיכום הבדיקה

ביצוע תקין של הבדיקות האוקולומוטוריות.
לא נירשם ניד עצמוני.
לא נרשם ניד תנוחתי.
לא נרשם ניד בתמרון ע"ש הולפייק.
הבדיקה הקלורית בגדר התקין.

נחתם ע"י: M.A קלינאי/ת תקשורת קורצמן אלי מ.ר. 13122875

חתימה: _____

תאריך: 25/07/2023

מכבי שירותי בריאות

דר' מרמלשטיין ויקטור

מ.ר. גורם מפנה

נוירולוגיה



025396



טלפון: 03-9392626

פקס: 073-2284143

התמחויות:

מומחה בנוירולוגיה

כתובת: שפיגל זוסיה 3, פתח תקווה (קומה 3 חדר 302).

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון
ת.ז.: 305651895	טלפון: 0504933373
ת.לידה: 01/04/1992	מין: ז
כתובת: השומרים 13/14, בת ים	טל. עבודה/נייד: 0504933373
0305651895	מיקוד 5935748

תשובה לרופא המטפל

לכבוד:

ד"ר וייסבורד לריסה

בבדיקה שנעשתה ב: 25/07/2023

עקב: בן 31, בריא, ללא תרופות, כבאי במקצוע
נפגע בתאונת עבודה כתוצאה של פגיעה מזיקוק שנורה ליד האוזן השמאלית, ללא פגיעה ישירה בפנים או ראש. אך נפגע ברעש חזק של זיקוק
מאז סובל מרעש באוזן השמאלית, כאבי ראש-בקודקוד, סחרחורת
נמצא במעקב אאג, מבצע בירור כולל בדיקת שמיעה

ממצאים: עצבי הגולגולת תקינים, כח גס תקין, החזרים שווים, לא מופקים החזרים פתולוגיים מכפות הרגליים, תחושה תקינה, מיבחנים צרבליים תקינים, הליכה תקינה.

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- 07/05/2023
- ACOUSTIC TRAUMA
- LT EAR
- HEADACHE
- DIZZINESS

תרופות שניתנו:

{(למשך 20 ימים) 1 X 1} - BACLOSAL 10MG X 60

סיכום והמלצות: המשך מעקב אאג, תקופה ננסה BACLOSAL 10MGX1

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

25/07/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

ויקטור מרמלשטיין
מ.ר. מ. 25396
מומחה בנוירולוגיה
מכבי



024791

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 335313747

טלפון: 08-9248515

פקס: 08-9292345

כתובת: שד הציונות 1, לוד (המרפאה ממוקמת בקניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

01/04/1992

ת.לידה:



0305651895

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

מיקוד 5935748

מרפאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול

קוד

9943 בדיקת רופא

מחלקה:

א.א.ג.

נותן שירות: (איכילוב-סוראסקי) בי"ח/קרן

מטרת ההפניה: מרפאת סחרחורת וטינטון

תלונות:

בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27

אתמול 7.5.2023 בזמן עבודה (כבאי) זיקוק התפוצץ ליד אוזן שמאל(ית) . מאז כאבי אוזן אטימות

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

טלפוני

בחילה, סחרחורת בתנועה (ורטיגו?), אטימות אוזן שמאל טנטון -- מצב לא משתפר
עדיים לא עשה בדיקת שמיעה

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

ללא שיפור. עדיין לא עשה בדיקות

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00

לפני ENG

טוען שעדיין אי שיווי משקל ובחילות לא יכול להבוד

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:29:52

עדיין טינטון באוזן שמאל(ית) סחרחורת בשינוי תנועה כאבי ראש בזמן חשיפה לרעש
בוצע ENG עדיין אין תשובה

בביקור בתאריך 26/07/2023 בשעה 08:42:45

עדיין טינטוסם באוזן שמאוד מפריע, כאבי ראש סחרחורת סחילות

ממצאים:

בביקור בתאריך 08/05/2023 בשעה 16:48:27

אוזניים-תופיות תקינות קולנים גבוהים-RT>LT

בביקור בתאריך 21/05/2023 בשעה 18:02:55

בביקור בתאריך 28/05/2023 בשעה 10:43:31

בביקור בתאריך 14/06/2023 בשעה 10:00:00

אוזניים- תופיות תקינות,

וובר-ימינה NY שלילי

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:29:52

בדיקת שמיעה 31.5 בגדר הנורמה (ירידה מזערית) בתדרים גבוהים דו צדדי סימטרי
SRT 10/10 DISC 100/100

בביקור בתאריך 26/07/2023 בשעה 08:42:45

בדיקת שמיעה 19.6- ירידה בתדרים גבוהים RT 10DB LT 10DB

הבדל בין אוזניים 5DB

SRT 15/15 DISC 100/96

ENG- בדיקה תקינה



024791

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחית באף אוזן וגרון

קוד הפניה: 335313747

טלפון: 08-9248515

פקס: 08-9292345

כתובת: שד הציונות 1, לוד (המרפאה ממוקמת בקניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 01/04/1992



0305651895

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

מיקוד 5935748

מרפאות חוץ

אבחנה:

- ACOUSTIC TRAUMA Left Status Post
- VERTIGO
- TINNITUS Left

רגישויות: 11/06/2017 - no -

26/07/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2023 עד תאריך - 22/01/2024

לתשומת לבך: במעמד הפקת ההפניה הוקמה התחייבות. עליך להגיע לבית החולים עם הפניה וטופס ההתחייבות

1687
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 06/11/01 BY 60322
UCB



כבאות והצלה לישראל



-בלמ"ס-

21.09.23

לכבוד מפקד תחנת בני ברק

שלום רב,

הנדון: מר אנטייב אלון ת.ז. 305651895

העובד נפגע בתאונת עבודה בתאריך 07.05.23 כשזיקוק התפוצץ צמוד לאוזנו השמאלית. לאור הבדיקה הרפואית הקודמת הוחלט על כשירות מנהלתית עד 01.11.23. היה אצלי היום בשיחה ובדיקה על מנת לבחון האם יש מניעה רפואית לנהיגה. על סמך שיחתי עם העובד ובדיקתו, ממליץ:

1. אין מניעה רפואית לנהיגה בהתאם לרישיון הנהיגה שלו ולשיקולי מפקדיו.
2. מוזמן אלי להערכת מצב נוספת בתאריך 23.10.23 בשעה 1400 לבדיקה לקראת החזרה לכשירות מבצעית.

לבירורים והבהרות ניתן לפנות אלי בטלפון 052-6667262 או במייל הארגוני.

תת טפסר פרופ' בן נון אלון
מ.ר. 24232
קרייזר כבאות והצלה

בברכה,
תת טפסר פרופ' בן נון אלון
מ.ר. 24232
קרייזר כבאות והצלה

"מה שעשינו עבור עצמנו מת אתנו, מעשינו למען אחרים והעולם, חיים לנצח"

העתקים: ממ"ז דן

גליל עשן מציל חיים

תאריך: 05/09/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-5516951

פקס: 03-5516951

כתובת: הרב ניסנבוים יצחק 33, בת ים

ד"ר פאגל אלברט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אנטייב

שם פרטי: אלון

ת.ז.: 305651895

ת.לידה: 01/04/1992

מין: ז

טלפון: 0504933373

טל.עבודה/נייד: 0504933373

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

מיקוד 5935748

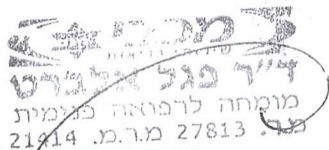


0305651895

אישור בריאות

הנ"ל: בן 31

אין מניעה מבחינה רפואית שהנ"ל: ינהג



05/09/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 01/08/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027813



טלפון: 03-5516951

פקס: 03-5516951

כתובת: הרב ניסנבוים יצחק 33, בת ים

ד"ר פאגל אלברט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

שם פרטי: אלון	שם משפחה: אנטייב	ת.לידה: 01/04/1992	מין: ז	טלפון: 0504933373	ת.ז.: 305651895
טל.עבודה/נייד: 0504933373	מיקוד 5935748	השומרים 13/14, בת ים	כתובת:	0305651895	

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 23/07/2023 עד יום: 29/07/2023 סה"כ: 7 ימים.

01/08/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 03/08/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027813



טלפון: 03-5516951

פקס: 03-5516951

כתובת: הרב ניסנבוים יצחק 33, בת ים

ד"ר פאגל אלברט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

01/04/1992

ת.לידה:



0305651895

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מיקוד 5935748

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 30/07/2023 עד יום: 08/08/2023 סה"כ: 10 ימים.

03/08/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הדפסה: 11/08/2023



014250

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר דויטש אלימלך

שם:

תחום שירות: מומחה אף אוזן גרון וניתוחי ראש-צוואר

כתובת: הברזל 15 תל-אביב מיל: dreli47@gmail.com

כתובת:

טלפון: 077-9807500

טלפון:

פרטי הנבדק

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטיב

טלפון: 0504933373

מין: ז

ת.לידה: 01/04/1992

ת.לידה:



0305651895

תשובת יועץ

לכבוד:

לכל המעוניין

בבדיקה שנעשתה ב: 11/08/2023

עקב: טנטון בשמאל לאחר אירוע של פיצוץ בקרבתו

ממצאים: כ

אבחנה:

• TINNITUS UNS Left
otoscopy/ bil normal ears\
aud/
bil 10 db
mild lt ear- high tone loss 20 db at 2k

סיכום והמלצות: הופנה לבדיקת אפיון- טנטון

11/08/2023

תאריך

חתימה וחוקמת הרופא
ד"ר אלימלך דויטש
מומחה ומנתח אף אוזן גרון
מ.ר 14250

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



114290

מרפאה תעסוקתית

ד"ר טייב יצחק

רפואה תעסוקתית

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-5122122

073-2284260 :079

כתובת: התקומה 36, ת"א - יפו tm@mac.org.il

פרטי הנבדק:

305651895 :.ט.ת

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מִין: ז

01/04/1992

ת.לידה:



0305651895

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מכתב

תאריך: 08/08/2023

לכבוד: כבאות והצלה.

שלום רב,

הריני להודיעכם כי לאחר שבדקתי את מר אנטייב אלון, ועיינתי במסמכים הרפואיים שעמדו בפני, להערכתי, בהתחשב במצב בריאותו הנוכחי, הנ"ל כשיר לחזור לעבודה. משרדית בלבד. ללא חשיפה לרעש לתקופה של 3 חודשים, החל מ 13/08/2023.
(לא היה כשיר לעבודתו עד 12/08/2023)
ישוב לביקורת חוזרת לפני תום התקופה.

בברכה,

ד"ר טייב יצחק

מס' 067477 ס"ח 2018
מחלקת המבחן
ה"ל סגור

ד"ר פאגל אלברט

מומחה ברפואה פנימית

מס' רשיון: 27813

כתובת: הרב ניסנבוים יצחק 33, בת ים

טלפון: 03-5516951

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכיר	
אנטייב		אלון		אבי		305651895			
ישוב		רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה	
בת ים		השומרים		13		5935748		1992	
שם המעביד וכתובתו		טלפון							
								0504933373	

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- WORK ACCIDENT
- ACOUSTIC TRAUMA Left
- DIZZINESS
- Vertigo?
- TINNITUS

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/05/2023

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 39 ימים, היינו מיום: 01/07/2023

עד יום: 08/08/2023 (בכלל).

22/10/2023



חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אף אוזן גרון, ניתוחי ראש, צוואר, פה ולסתות
מנהל/ת המערך: פרופ' מוהנא נדאל מ.ר. 137466

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאת אף אוזן גרון	מנהל/ת המרפאה: דר' אורון יהב מ.ר. 30367	אח/ות אחראית: ציפי רובינוב
טלפון: 03-6973338	פקס: 03-6974920	דוא"ל: ot-c@tlvmc.gov.il

שם משפחה: אנטייב	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 305651895
תאריך לידה: 01/04/1992	גיל: 31	טלפון: 050-4933373
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: השומר 13 בת ים בת ים 5935748

נתוני ביקור - תאריך: 17/10/2023 שעה: 09:58 מספר ביקור: 43216303

מחלה נוכחית

בריא. לוחם אש חשוף לרעש לדבריו במקום עבודתו. במאי 2023 נורה זיקוק סמוך אליו (משמאל) במסגרת עבודתו. מאז: טינטון דו"צ (יותר משמאל), תחושת אטימות באוזן זו, סחרחורת בזמן עמידה, לסירוגין, למשך כמה שניות וכן היפראקוזיס. עבר לעבודה משרדית בשל כך. טיפול ב-VABEN גרם להרגשה מעט טובה יותר. בדיקת ENG יוני 2023 - תקינה. אודיומטריה יוני 2023 - תקינה פרט לירידה ל-25 ד"ב ב-8000 הרץ משמאל.

בדיקה גופנית

נבדק: כן

אוזניים - אפרכסות, תעלות ותופיות תקינות

נוירולוגית: עצבים קרניאליים תקינים, ללא סימני צד, תפקודי מוחון תקינים Head Thrust שלילי ללא ניד במנוחה או Gaze Evoked, תנועות גלגלי עיניים תקינות הליכה, רומברג, פוקודה - במ"פ

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
HYPER ACOUSIS	388.42			✓			
TINNITUS	388.30						
SENSORY NEURAL HEARING LOSS	389.10						
DIZZINESS NOS	780.4						

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

לא ידועה רגישות לחומרים

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

סודי רפואי

שם: אלון אנטייב	ת"ז: 305651895	ביקור: 43216303	תאריך: 17/10/2023	מרפאת אף אוזן גרון
-----------------	----------------	-----------------	-------------------	--------------------

המלצות כלליות

המלצה: המנעות מחשיפה לרעש מזיק
לא להמנע מרעשי יום-יום

תמונות

מספר טלפון לקביעת תורים: 03-697-4000
או באתר זימון תורים איכילוב: <https://wlappoint-tasmc.health.gov.il/wlzimon/login>



חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' אורון יהב מ.ר. 30367



014193



טלפון: 03-5274480

כתובת: ריינס 18, תל אביב - יפו (קומה 1-)

ד"ר גרופר דניאל

פסיכיאטריה למבוגרים

התמחויות:

מומחה בפסיכיאטריה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305651895

שם פרטי: אלון

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0504933373

0504933373

טלפון:

מין: ז

01/04/1992

ת.לידה:



0305651895

מיקוד 5935748

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

תשובת יועץ

לכבוד:

רופא משפחה

בבדיקה שנעשתה ב: 06/11/2023

עקב: כבאי במיקצועו, נפגע בתאונת עבודה בתאריך 7.5.23 כשבג"ג בעומר ירו זיקוק ליד האוזן השמאלית שלו. מאז לא חזר לעבודתו עקב ירידה בשמיעה וטינטון עם רגישות לרעשים. חזר זמנית לעבודה במחסן, ורופא הכבאות פסל אותו לתפקידו והיפנה אותו לועדה רפואית. פונה כי נמצא באי ודאות, לחוץ כל הזמן כי התמודד בהצלחה עם תאונות אישיות שונות בעבר, עד לתאונה זכה להערכה ואף היה מועמד לתפקיד ראש צוות, אך מעולם לא היה במצב כמו היום. מתאר מצב רוח ירוד עם תחושת ייאוש ותיסכול, מרגיש דריכות וכשהוא חוזר הביתה מרגיש תשוש ללא אנרגיה למרות שיש לו תינוקת שנולדה חודשיים לפני פנייתו אלי.

ממצאים: מעברו יליד הארץ להורים ילידי ברית המועצות והוא האמצעי משלושה ילדים. שולל תורשה פסיכיאטרית. אביו מסגר אך היום מובטל עקב סיבוכי אלכוהוליזם וזוכר אותו כאלים כלפי כל בני המשפחה כשהיה ילד. אימו עובדת בניקיון. גדל בבת ים ומתאר התפתחות תקינה למעט איבחון של הפרעות קשב וריכוז אך ללא טיפול תרופתי. ססיים 12 שנות לימוד ללא בגרות, ושירות צבאי כמדריך חדר כושר בחיל האוחר. משנת 2019 עובד ככבאי. חי בזוגיות מגיל 28, בת הזוג עובדת בעמידר, ויש להם תינוקת שנולדה בתאריך 29.8.23. בריא גופנית למעט בעיות אורטופדיות, שולל אלרגיות ושולל שימוש בסמים ואלכוהול.

בבדיקה נראה כפי גילו, הופעה מסודרת. מודע צלול, רמה קוגניטיבית תקינה. אפקט דיספורי אך ללא מחשבות אובדן. אין הפרעות במהלך או תוכן חשיבה ואין הפרעות בתפיסה. שיפוט ותובנה תקינים.

PSYCHIATRIC INTAKE- ADULT

טיפולים:

• ADJUSTMENT DISORDER UNS

אבחנה:

CIPRALEX 10MG X 28 - {1 X 1 (למשך 90 ימים)}
CLONEX 0.5MG X 30 - {1 X 1 (למשך 30 ימים)}

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: ניתן ציפרלקס 10 מ"ג וקלונקס 0.5 מ"ג לפי הצורך.

☒ הפק ללא הדפסה

06/11/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, שלום 305651896 מס', מרחוב רחוב 13/4 דה' י"ט ת.ז. מס' 305651896 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות 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, חודעה, 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 פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה 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.

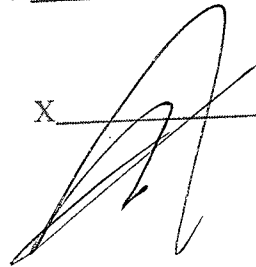
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחד תכלולנה את הרבים ולחיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 11 שנה 23

חתימה: X

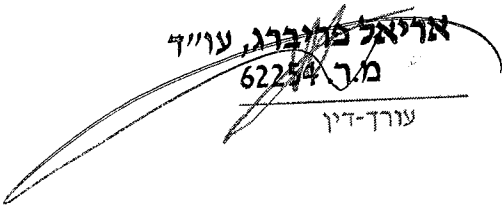


הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פורג, עו"ד

מ"ר 62244

עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה שרה שם פרטי 11/10 תעודת זהות 305651995 שם האב _____
 רחוב השרה מס' 13/14 עיר נתניה 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 ויתור 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: 1/11/23 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פריברג, עו"ד חתימה: _____
 מ.ר. 62254