



תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
"טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט".

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקבוץ/המעביד	
מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	מס' בית	רחוב / תא דואר
מיקוד	טלפון פקס	יישוב	

לכבוד קופת חולים / בית חולים רבי נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

[illegible]

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

פרטי התאונה

נפגע בתאריך

04	08	20	19
יום	חודש	שנה	

בשעה

17	30
----	----

כאשר עבד ב

מחצית ס"י

סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☒ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: _____

כתובת מקום התאונה: בצק חמה בביתו של קורקוט פסל, לפני עקלת, בבור ל-2
תיאור התאונה: המזרחי נפצע:

שם המאשר ותפקידו _____ תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק: x

למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מחות התאונה (אבחנות רפואיות):

--	--	--	--

--	--	--	--

שם התובע גולן קים מספר זהות 3,080,017,83 סודר 3 סודר 1 נושא הדיון מס' ועדה 853166

☒ התובע נכה בדיון ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ☐ דיון ללא נוכחות התובע, הסיבה 066630930

☐ בעת הדיון נוכח גם: ☐ עו"ד: שם פרידלנד ☐ רישיון 066630930 ☐ מלווה: שם קרבה ת"ז 066630930

פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☐ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☐ לא ☐ כן - שם הרופא 066630930

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו ☐ הדיון נפסל, הסיבה

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע: אני בן 57, נשוי, אב לשלושה ילדים, מתגורר ברחוב גולן 17, תל אביב. אני מנהל חשבון בנק בלבנון. לפני כ-10 שנים, לאחר שחשתי כאב בכתף הימנית, נערכה לי בדיקת MRI. הדו"ח הראה פגיעה בכתף הימנית. מאז אותו הזמן, אני סובל מכאב בכתף הימנית, במיוחד כאשר אני נוסע ברכב או כאשר אני עובד. אני מעוניין להגיש תביעה לנזק שכר/מעביד.

ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט: ☐ טיפול תרופתי ☐ פיזיותרפיה ☐ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר

☒ שכר/מתנדב ☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פיטורין ☐ התפטרות ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר

☐ כן, לעבודה אחרת. בתאריך 13.5.19 לאיזה תפקיד?

האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה: ☐ חלקי ☐ מלא ☐ משרה: ☐ חלקי ☐ מלא

☐ עצמאי ☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר

☐ כן, לעבודה אחרת. בתאריך 13.5.19 לתפקיד אחר ☐ כן, לתפקיד אחר ☐ כן, לעבודה אחרת. בתאריך 13.5.19

האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה: ☐ האם מעסיק עובדים נוספים לאחר הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, מספר העובדים הנוספים ☐ הסיבה

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. שמות הפוסקים הרפואיים: פירוצקי אנטולי

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☐ כן ☐ לא, הסיבה 066630930

חתימת התובע 066630930

שם התובע גולן קים	מספר זהות 308001783	סודר בקשה 3	סודר דין 1	נושא הדין	מס' ועדה 853166
-------------------------	------------------------	-------------------	------------------	-----------	--------------------

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7

ממצאים בבדיקת הועדה: דבריו צואה עץ צואה שאלה הן דברים
אשר שכיחים בארץ ישראל שנים אחדות קודם
בשנים האחרונות של המדינה אשר שאלה קטנה
אין חשש של פגיעה באזורי ארץ ישראל
קצת כי ארץ החפץ בקנין שאלה שאלה
קנין שאלה בקנין

8

הת"חסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

9

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה נובעת מהפגיעה	החלטת הועדה
פסיכיאטר	מנור נירה	15.00	31/12/19 - 13/05/19			

שם התובע: **גולן קים** מספר זהות: **308001783** סודר בקשה: **3** סודר דיון: **1** נושא הדיון: **מס' ועדה 853166**

15 החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול בישיבה מתאריך **14/06/2020** בקשר לפגיעה מתאריך **07/05/2019**

נכות זמנית

סעיף במבחנים	למקופה	מיום	עד יום	בשיעור במילים	%
		13.5.19	31.7.19	35	
		1.4.19	31.12.20	15	

נכות יציבה

הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
בשיעור במילים	אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים - % מהפגיעה ב- %	
			שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים - % מהפגיעה ב- %	

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____ הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____

דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____

נכות יציבה מוספת

הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
בשיעור במילים	אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים - % מהפגיעה ב- %	
			שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים - % מהפגיעה ב- %	

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____ הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____

דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____

חתימות הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

- א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
- ב. איני הרופא המטפל של התובע.
- ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
- ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
- ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך: **14/06/2020**

חתימת התובע:

חתימת הוועדה:

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך: **14/06/2020** שם מזכיר הישיבה: **הררי רוזי** חתימת וחותמת: _____

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות המבט מהפגיעה	הערות
ת: 01/01/2021 עד: 31/12/2021	פריקה של הכתף - ימין	20%	20% זמני	
ת: 01/01/2021	כאב בצוואר	37(5)(א) הגבלה קלה בתנועות עמוד שדרה צווארי 5%	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: מחצית

שקלול הנכות הרפואית

מחזור	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור מחס
01/01/2021	31/12/2021	זמני	25%	

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של ד"ר מיכאל סולה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - אני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר מיכאל סולה מ"ר 23013

רופא מומחה בגירולוגיה, מת"מ 14668

יעוץ רופא מומחה מתאריך: 24/12/2020
ביקור במרפאה

ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה מתאריך: 21/02/2021
ביקור בבית חולים איכילוב

בדיקה

מתאר שרירים מפותח ביותר בשתי הגפיים עליונות חזה. צלקת ניכרת לא כואבת כתף ימין. היקף שרירי אמה חרוץ ימין השלטת עולה ב 1 ס"מ על שמאל בבדיקת הטווח התנועה הסיבובית סימטרית אם כי רגישה בקצה הסיבוב הפנימי, הגבלה בתנועת הכפוף מעל 130 והחרמה והאבדוקציה מעל 110 מעלות אפרהנסיבי לדחיקה.
בצוואר יש סדסם טרפזיוס דו צדדי תנועת הסיבוב 80 לשמאל 70 לימין הטיה 50-55 לשמאל 45 לימין היישור 70 והכפוף מלא
בגב התחתון הגבלה קלה בהתארכות יישור תקין הפיתול תקין ב 30 מעלות וההטיות מעט מוגבלות כ 20-25 מעלות
נאורולוגית: אין עדות קלינית לפגיעה שורשית צווארית כפי שצוין בבדיקת EMG: אין דלדול, כוח תקין, החזרים גיריים שונים ותחושה שמורה.

מסקנה

מבחינת הגב והתחתון לא נמצאו במסמכים ורישומים הרלוונטיים לתלונות. מבחינת הצוואר ישנה הגבלה קלה בחלק מתנועות הצוואר על רקע פריצת דיסק C6-7. המצב סופי וגוהרה נכות בשיעור 5% מבחינת הכתף המצב עדיין זמני.
מבחינה נירולוגית- אין נכות

עמוד 4 מתוך 8

תאריך: 10/05/2021

מס' יעדה:
NY-584-2800

קיס גולן, מס' זהות: 308001783

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
831 - פריקה של הכתף	ימין	07/05/2019	קיים קשר סיבתי
723.1 - כאב בצוואר		07/05/2019	קיים קשר סיבתי