

23.9.1.23 - נא לשלוח

בל/ 200



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים 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. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וביירוים 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.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/200(03.2022)

עמוד 1 מתוך 5

057843021

נא למלא מספר תעודת זהות



המסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אלמק'י	רחמים	057843021
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
☒ זכר		02101962
☐ נקבה	עיסוק	שנה חודש יום
	☒ שכיר	
	☐ מתנדב	
	☐ עצמאי	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
היררן	2			קריית מלאכי	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0556644686				

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום	פרטים על הפגיעה
31052022	יום	כאב ברגל ימין

3

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

מיקוד

ישוב

יִרְבֵּה

סה

בית

רחוב/תא דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

x3

טלפון קווי

משמר הכנסת

צה"ל

☐ משמר אזורי

□ שב"ס

אמר

משטרה

מס' פקס _____

מִיָּקוּד

ישוב

מס' בית

רחוב/תא דואר

תאריך סיום השירות בקבע

תאריך כניסה לשירות קבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא

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

4

15-7

כנ, פרט

KL ☐

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

לא ☐ כן ☐ פירוט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח

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

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סורל

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט:

f

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

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

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?

מס' תיק באגף השיקום

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

2

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזיין 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 גורם מסייע

כתובת

טלפון

03-7412358

סדר ארבעה חלקים

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

יחסי אטל'ר

שם הבנק

שם הסניף/כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

1086459

985

המסחר ק.נלכ'ר

10

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.

1.1.23

חתימת השותפים לחשבון

חתימת מקבל הגמלה

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 בידועין 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 "אודות" לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

חתימת התובע

1.1.23

תאריך

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

1 פרטים אישיים		
קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 057843021	תאריך הפגיעה 31 05 2022 שנה חודש יום
שם משפחה אלק'ן	שם פרטי רחל'ם	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2 הצהרה
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 1.1.22 חתימת המבוטח *

נופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התחום מסה: (במקרה של קטין יירשמו פרטים)

שם המוסד: 7741 שם פרטי: משה תעודת זהות: 57843021 שם האב: ישראל
 שם משפחה: לוי עיר: ירושלים מיקוד: 655-6664086 מס': 7777

נתון בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד מוסר רפואי לרבות קופת-החולים, רפואית, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לבכא תגמל לישראל ואו למשרד הבריאות ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים ביד נתני השירותים שיפורט להלן ללא קצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי תביעות ואו להוציאה ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחלתה בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משהיר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רפוא מרופאים ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד במוסדותיהם, כולל בוגי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתני להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שפופת על שמי ואצל מתני השירותים שיפורט להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שלם ומשלם לי.

הנני מתוור על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאים ואו עובדיהם ואו מי מטעמן ואו נתני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 וזאת תלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רפואיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמן ואו נתני השירותים שיפורט להלן.

למדת האמור לעיל לא קחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
 שם קופיית: 1111 סניף: _____ מסי' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רשאים: _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מסי' אישני בצה"ל: _____ שם קופיית קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האב: _____ ת.ז.: _____
 תאריך: 1.1.23 עד לתיגמה ומסי' 02254 מסי' רשיון: 02254

**מתאים למקור
 איתור פרטי, ש"ד**

יבוי כח

אני החייב א/ר 17/10/77 פ/מ/מ
 ת.ז. מס' 052413025 מרחוב הגן 8 המלל 1
 ממנה בזה את עתיד ארסל פריכרד ואר לחיות באי כוחי במשפט של
בענין תאונת דרכים מיום
 מבלי לפגוע בכלליות ולענין הנזיל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנאות, כולל ומקצתו, הכל בקשר לענין הנזיל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואן כל בקשה, חגנה, התנגדות, בקשה למען רשות לטעור, ערעור, חדעה, טענה, תובענה או כל חלק אחר חמוגע או הנובע מהליך הנזיל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואן לשלוח התראות נוסטריטיות או אחרות, לירוש הכרזת פשיטת רגל, או פרק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנזיל.
3. לבקש ולקבל חתת דעת רמואית מכל רופא או מוסד שברק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנזיל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנזיל בפני כל בית משפט, בגן דין או מוסד בו הוגש ימי חבת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או תנובע מחענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בורדין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. לחזמן עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות למי תקנת סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או תנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעמו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לבצור את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מתעמלים הנזיל, לרבות הוצאת בימזיש ושכר טרחת עויד, לקבל בשמי כל מסמך וחכץ ולזנת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמנותאים.
9. לרצות לפועל כל פסייד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירת או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות הנחוצות עפיי חוק והרצאה לפועל.
10. לקבוע בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנזיל.
11. לחזות או לספור באישום שלא בנוכחותי ואן בהעדר.
12. להופיע בשמי ולעגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי טפרי אחזות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, תצהיר ומסמכים אחרים למעניהם ולבצע בשמי כל עסקה המוכרת עיי החוק ולחתום הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבל עפיי דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות חשיתומות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרשום גוף משפטי, למפל ברישומי או במחלקות של כל גוף משפטי ולספל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לספל בשמי בכל חקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י הרצוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעויד אחר עם זכות העברת לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני המיל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומותיל בקשר עם המשפט או עם עניני המיל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

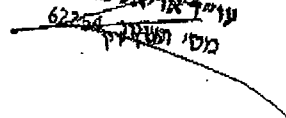
המילים האות בחדר תכלולנה את הרבים ולהיפך.

הוצאה באותי על החתום

היום 1 לחודש 1 שנה 23

 חתימה

חנני מאשר את חתימת מרשי המיל

עויד אריאל מרייברג
מסי 62254




נפגעי עבודה

טל : 04-8812345 או *6050
פקס : 08-9345005
שעות מענה : א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל : א,ג,ה 1300-0830

זימון תור ב-8321*

תיק: 11-11-5784302
מנה: 0203

דף 1 מתוך 1

לכבוד
אריאל פרייברג, עו"ד
אבא הילל סילבר 7
רמת גן 52100

000-000-000

תיק: 11-11-5784302

י"ב בשבט, תשפ"א
25 בינואר 2021

אדון נכבד,

הנדון : מענק נכות מעבודה - תאונה מ- 12/09/2019

כפי שהובא לידיעתך, נקבעה לך דרגת נכות לצמיתות בשיעור 10.00 % מ-01/09/2020.

קביעה זו מזכה אותך בתשלום מענק חד-פעמי בסך 7,181 ₪.

התשלום יועבר בימים הקרובים לחשבונך בבנק.

אם קיימים חובות לביטוח הלאומי, הם ינוכו מסכום זה.

אם יוגש ערעור על החלטת הוועדה הרפואית והוועדה לעררים תפחית את דרגת נכותך, יהיה עליך להחזיר למוסד לביטוח לאומי את סכום החוב שיווצר, בתוספת הפרשי הצמדה.

אם הוועדה הרפואית לעררים תקבע לך דרגת נכות המזכה בקצבה, יהיה עליך להחזיר למוסד לביטוח לאומי את סכום המענק ששולם לך בתוספת הפרשי הצמדה או שסכום זה ינוכה בשיעור 100% מהקצבאות שישולמו לך.

בכבוד רב,

פקיד תביעות נפגעי עבודה

מכתב זה הוא העתק ממכתב שנשלח ל- רחמים אנאקי, מספר זהות 05784302-1.
הוא נשלח אליך כבא כוחו בגין הפגיעה בעבודה מיום 12/09/2019



7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

RAMAT GAN, 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

רמת גן 5252204

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

7.2.21

בפקס

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נפגעי עבודה

מרחוב רמז 64

רחובות 7644905

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

1. הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 24.1.21 לפיו נקבעה למרשי נכות בשיעור 10%.
2. כפי שצויין בועדה וכפי שידוע לכם, מחמת התאונה ותוצאותיה פוטר מרשי מעבודתו וטרם הצליח לשוב ולהשתלב במעגל העבודה.
3. אודה לדיון ולהפעלת תקנה 15.
4. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 08-9345022
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 08:30-13:00
זימון תור ב- *8321

סניף: רחובות
רמז 64
רחובות 7644905

תיק: 57843021

דף 1 מתוך 1

לכבוד
רחמים אנאקי
ת.ד. 126
קריית מלאכי 8310002

800-000-002



תיק: 57843021
י"א בשבט, תשפ"א
24 בינואר 2021

אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 12/09/19

לידיעתך, ביום 21/01/21 קבעה ועדה רפואית את דרגת הנכות כדלקמן:

דרגת נכות יציבה בשיעור 10.00% החל מ-01/09/20.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

לידיעתך, זכותך וזכות המוסד לבטוח לאומי לערור על החלטה זו בפני ועדה רפואית לעררים. אם בדעתך לערור, נא להגיש ערר מנומק, בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו, לסניף מגורריך.

לתשומת ליבך, הועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את ההחלטה הקודמת, לבטלה, או לשנותה, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על-ידי הנפגע, ובין שהוגש ע"י המוסד.

לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

מי שנקבעה לו דרגת נכות יציבה בשיעור 10% לפחות עשוי להיות זכאי לשיקום מקצועי. אם אין ביכולתך לחזור לעבודה הקודמת הינך רשאי/ת לפנות ליחידת השיקום בסניף מגורריך לבדיקת זכאותך.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה.

בכבוד רב,
רויטלל הופמן
מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

X

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הילל סילבר 7 רמת גן 52100



נפגעי עבודה

טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 08-9345005

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 0830-1300

סניף: רחובות

רמז 64

רחובות 7644900

זימון תור ב-8321*

תיק: 5784302-1-11-2

לכבוד

אריאל פרייברג, עו"ד

אבא הילל סילבר 7

רמת גן 52100

000-000-000

דף 1 מתוך 1

תיק: 5784302-1-11-2

כ"ג בסיון, תש"פ
15 ביוני 2020

אדון נכבד,

הנדון: תביעת להכיר בד כ"נכה נזקק" - תאונה מ- 12/09/2019

אנו מביאים לידיעתך, כי התביעה להכיר בד כ"נכה נזקק" לפי תקנה 18(א) לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) תשס"ז 1956, נדונה על ידי "ועדת הרשות" בישיבתה ב- 14/06/2020. ועדת הרשות החליטה להכיר בד כנכה נזקק לתקופה: מ-31/08/2020 עד 13/09/2019

בעבור התקופה האמורה תושלם קצבת הנכות הזמנית ששולמה לך, לקצבה בשיעור של 100%.
ההפרשים המגיעים לך יועברו לחשבונך בבנק בהקדם.

חובה עליך להודיע על כל שינוי שיכול להשפיע על גובה הגמלה המשולמת לך, כגון: חזרה לעבודה ושינוי בגובה ההכנסות.

בכבוד רב,
מייזל חגית
פקיד תביעות נפגעי עבודה

מכתב זה הוא העתק ממכתב שנשלח ל- רחמים אנאקי, מספר זהות 05784302-1.
הוא נשלח אליך כבא כוחו בגין הפגיעה בעבודה מיום 12/09/2019

684-002117 (000843) 1/1 D0 Pb675d191555c J47662410/62409 OuuuY

ת"ר 17.06.2020



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'

תאריך הפגיעה בעבודה

12092019
שנה חודש יום

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג
המסמך

דפים

פרטי התובע

שם משפחה

אשף

שם פרטי

רחמי

מספר זהות

ס"ב

57143021

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה - נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר - מקום העבודה חצר הילכה

מעמד: ☐ זמני ☒ קבוע

ותק במקום העבודה: _____

מקצוע

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☒ לא, ציין את הסיבה חוסר

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☐ לא ☐ כן, בתאריך _____

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בנפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: על צד הנתבע להיות נכד

נכד נכד הילכה

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 12.9.19 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, דמי אבטלה ואיני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.

יודע לי, כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר _____

תאריך תחילת התקשרות

תאריך 13.5.20 שם רחמי אשף

חתימה X

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק

מספר תיק ניכויים

הריני מאשר כי העובד

בעל מס' ת.ז.

לא עבד בתקופה מתאריך _____

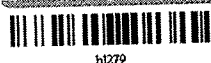
עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת X



טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

ב/279 (06.2016)

חצר המלכה אירועים 1999 בע"מ

חצר המלכה אירועים בע"מ 57843021 ת.ז. 05 8894441-05

19.11.19

מסירה אישית

לכבוד
אנאק'י רחמים
ת.ז. 57843021

שלום רב

הודעה על הפסקת העסקה – אנאק'י רחמים

בשם חצר המלכה אירועים (1999) בע"מ ("החברה"), הרינו להודיעך בזאת, כדלקמן:

1. ביום 19.11.19 נערך דף שימוע בפני מר ינוב מלכה מנהל התפעול, ולאחר השימוע, הוחלט על הפסקת העסקה בחברה החל מיום 19.12.19.
2. בהתאם לדיון, נמתח לך בזאת הודעה מראש בת 30 יום לפיכך, סיום חסי העבודה בינך לבין החברה יבוצע לתוקפו ביום 19.12.19. תנן מתבקשת להמשיך ולמלא את משימותיך בחברה עד ליום זה.
3. אנו מאחלים לך הצלחה בהמשך דרכך.

בתורה מראש

חצר המלכה אירועים
סגור אנו



תיק: 57843021

דף 1 מתוך 1

לכבוד
רחמים אנאקי

ת.ד. 126

קריית מלאכי 8310002

800-000-002



תיק: 57843021

י"ג באייר, תש"פ
07 במאי 2020

אדון נכבד,

הודעה על החלטת ועדה רפואית

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 12/09/19

לידיעתך, ביום 06/05/20 קבעה ועדה רפואית את דרגת הנכות כדלקמן:

נכות זמנית	מתאריך	עד תאריך
20.00 %	13/09/19	31/08/20

בתום תקופת הנכות הזמנית ישלח לך זימון לוועדה נוספת.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

לידיעתך, זכותך וזכות המוסד לבטוח לאומי לערור על החלטה זו בפני ועדה רפואית לעררים. אם בדעתך לערור, נא להגיש ערר מנומק, בתוך 60 יום מקבלת ההודעה זו, לסניף מגורריך.

לתשומת ליבך, הועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את ההחלטה הקודמת, לבטלה, או לשנותה, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על-ידי הנפגע, ובין שהוגש ע"י המוסד.

לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה.

בכבוד רב,

רונית כהן

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הילל סילבר 7 רמת גן 52100

X

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

6.1.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב רמז 64
רחובות 7644905

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

1. מצ"ב תעודה רפואית נוספת לפיה מרשי אינו כשיר לעבודתו וזאת עד ליום 14.2.20.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך 16/12/2019

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		אגאקי רחמים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
00-05784302-1	57.02	02/10/1962	יהודה
שם האב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
055 - 6644686	8	08 - 8609329	055 - 6644686
קרית מלאכי ישוב	רחוב	הירדן	מס בית

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנה	איפיון	קוד
TFCC TEAR RT HAND		

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 15/12/2019 עד יום 14/02/2020 (בכלל) סה"כ 62 ימים

16/12/2019

16/12/2019

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חותמת 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

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 06/01/2020 17:05
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	06/01 17:04
FAX NO./NAME	089345005
DURATION	00:00:33
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

6.1.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב רמז 64
רחובות 7644905

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021
 תאונה מיום 12.9.19

1. מצ"ב תעודה רפואית נוספת לפיה מרשי אינו כשיר לעבודתו וזאת עד ליום 14.2.20.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

RAMAT GAN, 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

רמת גן 5252204

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

16.11.19

יחב"א -

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נפגעי עבודה

מרחוב רמז 64

רחובות 7644905

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

1. רצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה
בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 10

12/8/19

ותאריך הפגיעה 57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לכימות לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ שכיר	☐ עצמאי	☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	☐ מחלת מקצוע, פרט

1

פרטי התובע

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר איש כח"ל: _____

תאריך לידה: _____

תאריך עלייה: _____

שנה: _____ חודש: _____ יום: _____

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמנה ☐ פרושה ☒ נשוא/ה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____

דואר אלקטרוני: ramiahaki92@gmail.com

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____

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

2

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____

דואר אלקטרוני: _____

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

שירות מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: _____

תפקיד התובע במקום העבודה: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____

מיקוד: _____

רחוב / תא דואר: _____ מספר בית: _____

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אחראי לה בעת)

שם העסק: _____

סוג העיסוק: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____

מיקוד: _____

רחוב / תא דואר: _____ מספר בית: _____

בא ציין את מספר תעודת זהות—

'N2

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה. ☐ כ ☐ לא

3

**שעת הפסקת
עבודה**

☐ תאונה בבנין
בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר.

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

במאמץ בדור: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או לעיר אחרת

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

DE

ש

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☒ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

תפקיד

שנה חודש יום

(02.2019) 211 / 72

עמוד 3 מתוך 10

נא ציין את מספר תעודת זהות 52843021 ותאריך הפגיעה 12/09/19

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)			
האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם התפא/שירות רפואי)	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
שנה חודש יום	שעה	שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ כן ☒ לא			
פרט			
קופת חולים שבה אתה חבר			
☒ כללית ☐ לאומית			
☐ מכבי ☐ מאוחדת			
☐ אחר			
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא		כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
<u>ד"ר גלית גולד</u>		<u>שבה טופלתי או אני מטופל</u>	<u>08-8589200</u>
<u>שיינא 30</u>		<u>מרכז מומחים ב"מ</u>	<u>קריית מלאך</u>

סייע בהגשת התביעה	
האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ כן ☒ לא	
הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים	
שם הגוף המייצג או המסייע:	

עמוד 4 מתוך 10

תאריך הפגיעה 12/9/19 57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

פרטים על תאונת דרכים		מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-
1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)		
2	האם נפגעת בהיותך:		
3	סוג הרכב המעורב בתאונה:		
4	הרכב בבעלות:		
5	פרטי הנהג		
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☒ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח		
7	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?		
	כתובתו		
	טלפון		
	התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי ☐ בעיר ☐ מס' תיק אזרחי		

12/09/19

ותאריך הפגיעה

54843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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) מנהל תפעול

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) חברת אלמא

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) 5 ימים למחצית חודש, מחצית קצרה

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
תאריך 12/09/19 שם פרטי ומשפחה אלמא חתימה [חתימה]

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטתי רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<u>אלמא</u>	<u>אלמא</u>	<u>985</u>	<u>19864/59</u>

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
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
הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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.

תאריך 10/09/19 חתימת מקבל התשלום [חתימה] * אלמא

11

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

☐ עיזור נכה 100% ☐ פטור חלקי *

12/09/19

ותאריך הפגיעה

10/11/19

נא ציין את מספר תעודת זהות

הצהרת התובע/ת השותף

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 זכויותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך: 10/11/19 חתימת התובע: [חתימה]

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני: @	☐ לא ☐ כן
מאשר קבלת הודעות SMS ☐ לא ☐ כן			
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פוי כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		

אשרי נאמין

עמוד 8 מתוך 10

12/09/19

52843021 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (כתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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. _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____ תפקידו _____

שעת היציאה _____ 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 _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

מספר תיק ביטוח במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

05246053160

חצר המלכה

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב- % _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים 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 שנוכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש	יומי	חודשי	סכום	לתקופה	
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ 13.9.19 ☐ 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: חתימת המעסיק _____ שם בית התביעה ושכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחתימת _____

חצר המלכה
ארוונים 1999 בע"מ
512810839

חצר המלכה
ארוונים 1999 בע"מ
512810839

02.2019; 211

אשראי דמי

עמוד 9 מתוך 10

12.9.19

ותאריך הפגיעה

5784302

בא ציין את מספר תעודת זהות

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קן דמי מחלה

15

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

63

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)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסת"גאות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 4.11.18 תפקיד החותם מלך שם החותם דפנה חתימה דפנה

הצהרת המעסיק
אנו מתחייבים
לשילומם 1999 בע"מ
512810839

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ 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 במסח הישן)

היבוע:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

RAMAT GAN, 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

רמת גן 5252204

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.2.20

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נפגעי עבודה

מרחוב רמז 64

רחובות 7644905

בפקס

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

1. רצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

57843021

עמוד 1 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1 פרטי התובע

שם משפחה: אשק' שם פרטי: רחמי"ם מספר זהות: 05 784 3021

מספר אישי בצה"ל: תאריך לידה: 02/10/1962

עיסוק: ש"ר ☒ ש"ר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐ מין: זכר ☒ נקבה ☐

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר: 8 מס' בית: 8 דירה: ק"ת 76100 יישוב: מיקוד:

טלפון קווי: טלפון נייד:

דואר אלקטרוני: @

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

שם משפחה איש קשר: שם פרטי איש קשר: מס' זהות איש קשר: ס"ב:

☐ 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)

רחוב / תא דואר: מס' בית: 8 כניסה: דירה: יישוב: מיקוד:

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 12/09/2019

פרטים על הפגיעה: ד"ר / גז-סת / אולחיות / מחלת יד י"ן

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

ש"ר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות: חצר / חברה

רחוב/תא דואר: מס' בית: 8 כניסה: דירה: יישוב: מיקוד:

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		משמר הכנסת ☐	
שב"ס ☐		משא"ז ☐		משטרה ☐	
משרה ☐		אחר ☐			
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס	טלפון קווי
טלפון נייד					
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____					
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה ☐ כן ☐ לא					
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.					

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם בית החולים _____		
תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מובטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	רפ"ר	תל אביב
	רפ"ר	תל אביב

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התייעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים והגבלה בתנועת יד ימין	רפ"ר
קושי כרוני בתנועת יד שמאל	רפ"ר
קושי כרוני בתנועת יד שמאל	רפ"ר
כאבים חדים וקושי כרוני בתנועת יד שמאל	רפ"ר
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____	

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 נחית נפילות

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה 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 _____

שם גורם מייצג או מסייע

סמית בריה

כתובת

מילא גל ד. רח

טלפון

03-7412358

תאריך תחילת התקשרות:

16.11.19

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	מזכ"ל	985	1996459

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 שיופקד 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 הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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.

תאריך 15.1.20 חתימת מקבל הגמלה * י חתימת השותפים לחשבון * x

11

הצהרה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 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, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 15.1.20 חתימת התובע * x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת 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

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה 12/09/2019 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 057843021	קוד גמלה 11
שם פרטי רחמי	שם משפחה אמרי	חבר בקופת חולים
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 אודותיי.

תאריך 15.1.20 חתימת המבוטח *

תאריך: 24/10/2019

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		אנאק'י רחמים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
00-05784302-1	57.01	02/10/1962	יהודה
שם האב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
הירדן	8	08 - 8609329	055 - 6644686
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
קרית מלאכי	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 12/09/2019

אבחנה	איפיון	קוד
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		7
CONTUSION RT WRIST		

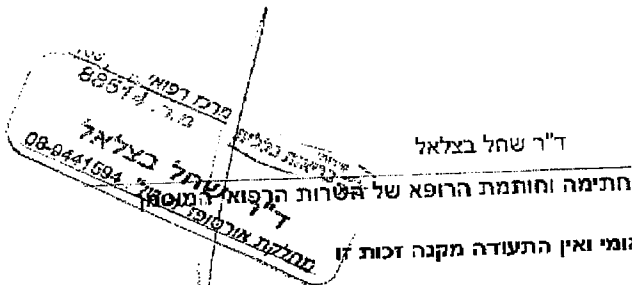
הטיפול שביתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/09/2019 עד יום 19/10/2019 (בכלל) סה"כ 38 ימים

תאריך מתן התעודה: 24/10/2019
ת. הבדיקה: 24/10/2019



חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***
אנאק'י רחמים
00-05784302-1
הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל
24/10/2019
דף 1 מ 1

מור-מאר

MOR-MAR

שירותי אבחון רפואי

מור-מאר בע"מ, רח' הסדנא 6 כפר-סבא 4442405

09-7663862 *פקס: 09-7656845 * www.mormar.co.il "naked@mormar.co.il"

הנדון: אנאקי רחמים ת"ז 067843021

בתודה על ההפניה
ובברכה,
דר' יעקב לוי
מומחה ברדיולוגיה אבחנותית
מ.ר. 18036
מ.ר.מ. 12563

הוקדד ע"י: סגלית ב

התשובה עברה הגהה בחתימה ממוחשבת.

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



HaSadna 6, Kfar-Saba 4442405, Israel • 09-7663862 • Fax: 09-7656845

01:47a 19 ביוני 20

p.1

ח-סו"י אישי-

אנאקי רחמים
הירדן
מספר בית: 0008
קרית מלאכי

אתר: הרצליה
תאריך: 09/11/2019
סימון: 2474823

לכבוד: הרופא המטפל

שרותי בריאות כללית מחוז המרכז

הנדון: אנאקי רחמים ת"ז 057843021**להלן תוצאות סריקה בתהודה מגנטית של שורש כף יד ימין:**

הבדיקה בוצעה בטכניקת TSE בשקלול T1, T2, STIR, 3-D, FFE במישורים אקסילי, סאגיתלי וקורונלי.

ברקע מצב לאחר חבלת שורש כף יד ימין. כעת בירור כאבים בפרט באספקט האולגרי.

מודגם אות חריג המתאים לשינוי בצקתי לשדי לאורך השפה המפרקית של הרדיוס הדיסטלי בהקשר חבלה מתאים לתבנית של BONE BRUISE.

דרגה מתונה של וריינס שלילי במפרק ה-DRUJ.

יש לציין מספר ציסטות תת כונדרליות באספקט המקורב של הלונייט בחלקם משיקות לשפה המפרקית עם הרדיוס המרוחק כחלק מ-ABUTMENT?

יש לציין אי סדירות ופגמים ב-SLL יכול להתאים לקרע חלקי כרוני. ה-LTL נראה שמור.

ה- TFCC מדגים אות מעט הטרוגני. הרציפות הכללית שמורה. יכול להתאים לנזק חלקי בפרט באזור החיבור הרדיאלי.

תפליט מעט מוגבר במדור האולט קרפלי.

שינוי ארטריטי מתון ב-CMC הראשון.

גידים מכופפים: בלי ממצא פתולוגי.

הדגמה תקינה של העצב מדיאני, פלקסור רטינקולום ואזור תעלת גאיון.

גידים מיישרים: מהלך שמור, ללא מאפייני קרע. ללא תפליט מוגבר בשרוול.

מהלך ה-ECU נראה רציף. יתכן שינוי טמיוטי מתון. ללא תפליט מוגבר בשרוול.

רקמות רכות שריריות ללא הדגמת מאפייני STRAIN.

ציסטה תת קליפתית בקצה הפרוקסימלי של עצם הסירה בקוטר 4 מ"מ. סריקה ב-3-D, FFE קורונלי.

יתכן משנית לנזק הרצועתי המדווח לעיל.

בסיכום:

מגוון ממצאים כמתואר.

קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק.

שינויים ציסטיים גיונים בפרט בלונייט.

נזק חלקי ל-SLL. מלווה בציסטה תת קליפתית באזור האחזה הנביקולרית.

תפליט במדור האולטקורפלי.

חשם לנזק חלקי ל-TFCC.

גידים המכופפים והמיישרים ללא הדגמת קרעים, ראה פרוט לעיל.

וריינס שלילי במפרק ה-DRUJ.

שאר הממצאים כמפורט. לייעוץ קליני מתאים.



-101 אישי-

אנאלי רחמים
הירדן מספר בית: 0008
קריית מלאכי

אתר: קפלן
תאריך: 14/08/2018
סימון: 2307880

לכבוד: הרופא המטפל

שרותי בריאות כללית מחוז המרכז

הנדון: אנאלי רחמים ת"ז 057843021

תוצאות סריקה בתהודה מגנטית של כתף ימין:

הסריקה בוצעה בטכניקת TSE, FFE, T1, T2, DUAL, SPIR, במישור קורונלי, סאגיתלי ואקסיאלי.

ביצפס הודגם שמור.

גיד סובסקפולריס וגיד אינפרה ספינטוס ללא סימני קרע.

גיד סופרה ספינטוס קרע חלקי באספקט ארטיקולרי קדמי קרוב למיקום אחיזה של הגיד ל-GT. רחב במישור קורונלי מדיו לטרלי 0.4 ס"מ, סגיתלי קדמי אחור 0.6 ס"מ. מערב עד כ- 30-40 אחוז מהעובי של הגיד.

לברום הודגם שמור ללא אות חריג.

שרירי שריוול המסובב שמורים ללא סימני הסננה שומכית, ללא איבוד גוף.

מעט נוזל בבורסה סובקורקואידי.

שינויים ארטרוטיים ב- ACJ.

ציסטות סובקורטיקליות גם באספקט אקרומיאלי וגם באספקט מצד של עצם הבריח.

לסיכום:

קרע חלקי ב- SSP.

בתורה על ההפניה
ובברכה,
ד"ר מיכאל ריפס
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 136467
מ.ר.מ. 126873

הוקלד ע"י: נטלי ג.

התשובה עברה הגנה בזהירות ממוחשבת.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הראשון במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה.



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרכז:מרכז
מרכז מקצועי

ד"ר שחל בצלאל
אורתופדיה
88514
המ"ג, 14
08-8589200
08-8589210

תאריך 19/09/2019

אישור מחלה

פרטי המטופל				
אבאקי רחמים	00-05784302-1	57.00	ז	02/10/1962
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה
קריית מלאכי	הירדן	8		08-8609329
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
				055 - 6644686

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/09/2019 עד תאריך 19/10/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 38

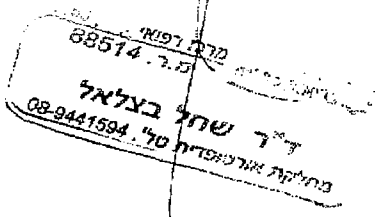
אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

שם הרופא
מספר רשיון
נחתם דיגיטלית**

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת בדיקה



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל
19/09/2019

אישור מחלה
אבאקי רחמים

תאריך: 28/11/2019

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		אנאק'י רחמים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
00-05784302-1	57.02	02/10/1962	תאריך
קרית מלאכי ישוב	הירדן רחוב	מס בית	טלפון
8	08 - 8609329	055 - 6644686	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	קוד	איפיון
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	7	אבחנה
TFCC TEAR RT		

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/11/2019 עד יום 08/12/2019 (בכלל) סה"כ 11 ימים

28/11/2019

28/11/2019

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

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

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

28/11/2019

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

אנאק'י רחמים

19/09/2019 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אנאקי רחמים	
שם המשפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
00-05784302-1	57.00	02/10/1962	יחידה
שם מלאכי	הירדן	רחוב	מס בית
08 - 8609329	8	055 - 6644686	טלפון
טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 33103148984

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
088514	57843021	033103148984	3103

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.

לכבוד: MRI כף יד ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות (רפואי)
78555	73221	ת.מ. MRI יד / שורש / כף / אצבעות	10406024

המטופל מתלונן על חבלת כף יד ימין בזמן עבודה ממשקל שנפל על היד.
קלינית רגישות משמעותית על ECU קלה יותר על DRUJ.
נבדק על ידי יהודה דוד שביקש להשלים MRI בשאלת קרע TFCC.
נשלים MRI

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/12/2001		ASTHMA
01/02/2007		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/01/2012		OBESITY (BMI >30)

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

19/09/2019

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

הפניה לדימות

אנאקי רחמים

INGUINAL HERNIA	בעיה	אפיין	מגילוי
INGUINAL HERNIA		RT.	01/08/2012
ABDOMINAL HERNIA			01/08/2012
RECTAL POLYPS			01/04/2013
FOREIGN BODY		LT.HAND	12/01/2015

רגישויות

ואו תופעות לוואי

רשימת ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg	אחר: מאבים בשרירים	רופא
SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg	אחר: מאבים בשרירים	רופא
PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg	אחר: מאבים בשרירים.	המטופל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה והותמת הרופא
ד"ר שחל בצלאל	88514	

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

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



המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 2 מ 2
 19/09/2019
 00-05784302-1
 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

הפניה לדימות

אנאק רחמים

03:44 19/09/2019

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 88514
כתובת: המ"ג, 14
טלפון: 08-8589200
פקס: 08-8589210
מרפאה: קרית מלאכי - מרכז מקצועי
מחוז: מרכז

תאריך: 28/11/2019

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
אנאקי רחמים	00-05784302-1	57.02	ז	02/10/1962	יהודה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה	שם האב
קרית מלאכי	הירדן	8		08-8609329	055 - 6644686
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון ניסוף

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/11/2019
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 12/09/2019

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/09/2019:
חבלת כף יד ימין בזמן עבודה 12/09/19 ממשקל שנפל על היד.
קלינית רגישות משמעותית על ECU קלה יותר על DRU.
בבדק על ידי יהודה דוד שביקש להשלים MRI בשאלת קרע TFCC.
נשלם MRI
24/10/2019
תיקון מחלה
28/11/2019
MRI כף יד ימין - נזק ל TFCC, נזק ל SLL.
MRI כתף ימין - קרע חלקי SSP 0.6.
לאור הגבלה תפקודית קשה כף יד ימין - לשקילת טיפול ניתוחי כף יד

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לרפואה יועצת	70082-בדיקת רופא כירורגיה	H1		

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה מספית)	114	28/11/2019	08/12/2019	הודפס

בברכה,

ד"ר שחל בצלאל
88514
שם הרופא
מס' רשיון

חתימה וחוקמת הרופא

05/12/2019 13:39 הופק ע"י פוקס לי

סיכום ביקור בכירורגית כף יד מתאריך 05/12/2019

כירורגית כף יד - טיפוליות
ד"ר: פרופ' קוסאשווילי יוקה
אח/אחות אחראיים: ברוך/ת: קליין
חש' ביקור: 3010454542

שם משפחה:	אנאקי	ת. לידה:	02/10/1962
שם פרטי:	רחמים	ת. זהות:	5784302-1
כתובת:	הירדן 8, קריית מלאכי 83021	מין:	זכר
טלפון:	0556644686	גיל:	57
סוג דם:			
גורם מממן:	שם האב:		יהודה

אבחנות בביקור

- CONTUSION OF WRIST (Right) (92321) TFCC tear

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בן 57 ברקע פריצות דיסק, קרטי RC,

ב-12/9/19 נפל חפץ כבד בעבודתו על יד ימין. מאז סובל מכאבים, בעיקר באספקט אולנרי של ש.כ.י. ימין. ללא רגישות באיזור עצמות קרפליות.

ביצע MRI בתאריך 28/11/2019 - נזק חלקי ל-SLL, נזק חלקי ל-TFCC, שינויים ציסטים בלונייט, bone contusion lunate, capitulum, scaphoid.

דיווח פעילות:

קוד שירות: 70082
כמות: 1
פעולה: בדיקת רופא כירורגיה כף יד
תאריך: 05/12/2019 13:38
נרשם ע"י: פוקס לי

המשך טיפול

לא ניתן המשך טיפול

סיכום

נבדק עם ד"ר יהודה דוד והומלץ על ארתרוסקופיה לסקירת ותפירת TFCC במידת הצורך.

המלצות

מופנה לשירות ארתרוסקופיה במוסד אחר- בלינסון/תל השומר/פרטי
כמו כן מומלץ על התקנת מקבע שורש כף יד
המשך טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק

המכתב הודפס על ידי פוקס לי 05/12/2019 13:39

חשוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב נחתם ע"י: פוקס לי

מכתב
ד"ר יהודה דוד
מרכז רפואה קרובה
רפואי קפלן
05/12/2019 13:39

שם הרופא: ד"ר גלינה קפלון
תחום: רופאת משפחה
מספר רשיון: 25129
כתובת: נחלת הר חבד 9, קרית מלאכי
טלפון: 08-8589300
פקס: 08-8589310
מרפאה: קרית מלאכי ב' מחוז: מרכז

06/12/2019 תאריך

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

אנאקי רחמים	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יהודה	שם האב
קרית מלאכי	הירדן	8	57.02	00-05784302-1	08-8609329	02/10/1962	055 - 6644686
ישוב	רחוב	מס בית			טלפון		טלפון נוסף

12/09/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35289147265

גורם שולח



5289

מספר הפניה



035289147265

תז נבדק



57843021

רשיון רופא



025129

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב	קוד טיפול פיזיותרפי פרטי
80074		80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי
81074		81074	97530	טיפול פרטי רפואי בעיסוק

CONTUSION HAND

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: 12/09/19:22/09/2019 בזמן עבודתו נחבל משורש כף יד ימין-נפלו שולחנות מעגלה על יד ימין שלו
נבדק ע"י רופא אורטופד-הופנה לביצוע MRI כף יד ימין
06/12/2019:עדיין כאבים בשורש כף יד ימין
קיבל חופש ת.עבודה מרופא אורטופד
נבדק במרפ. כירורגיה כף יד, קפלן ב-05/12/19-הומלץ על ארטרוסקופיה במוסד אחר-בילינסון/תל השומר/פרטי
כמו כן הומלץ על התקנת מקבע שורש כף יד
המשך טיפול פיזיותרפיה ורפואי בעיסוק

סימנים חיוניים: גובה 175 22/09/2019 משקל 98 22/09/2019 bmi 32.00

לחץ דם 135 / 82 27/11/2019

חפק 81 27/11/2019 סדר

08/07/2018 מתאריך 96.18 eGFR

FEV1 (%) 80 עוזקב 06/04/2017 FVC (%) 77 עוזקב 06/04/2017

ס.ה.ר 7

הפניה למכון פיזיותרפיה

אנאקי רחמים

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון

בעיות פעילות		
מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		ASTHMA
01/02/2007		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/01/2012		OBESITY (BMI >30)
01/08/2012	RT.	INGUINAL HERNIA
01/08/2012		UMBILICAL HERNIA
01/04/2013		NASAL POLYPS
12/01/2015	LT.HAND	FOREIGN BODY

רגישויות

ולאו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg	אחר: כאבים בשרירים	רופא
SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg	אחר: כאבים בשרירים	רופא
PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg	אחר: כאבים בשרירים.	המטופל

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184M
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG

ממצאים קליניים

מצב כללי טוב.
רגישות והגבלה בתנועות בשורש כף יד ימין

מספר רשיון
25129
שם הרופא
ד"ר גלינה קפלון

25129

ד"ר גלינה קפלון

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון 00-05784302-1

אנא קי רחמים

תאריך: 05/12/2019

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	00-05784302-1	57.02	02/10/1962	יהודה
אנאק' רחמים	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	הירדן	מס בית	טלפון	טלפון בוסף
קרית מלאכי	רחוב	8	08 - 8609329	055 - 6644686
ישוב				

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנה	איפיון	קוד
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		7

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 09/12/2019 עד יום 15/12/2019 (בכלל) סה"כ 7 ימים

05/12/2019

05/12/2019

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חתימת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון

ד"ר שחל בצלאל
אורתופדיה
88514
המ"ג, 14
08-8589200

מרפאה: קרית מלאכי - מרכז מקצועי מחוז:

כליט 100
תמי טובה למשפחה

תאריך 05/12/2019

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	אנא קי רחמים
שם משפחה ושם פרטי	00-05784302-1
מס זהות	57.02
גיל	ז
מין	02/10/1962
ת.לידה	יהודה
שם האב	055 - 6644686
טלפון נוסף	08 - 8609329
טלפון	8
מס בית	הירדן
רחוב	קרית מלאכי
ישוב	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 12/09/2019

אבחנות	קוד	איפיון
7		
אבחנה	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלות לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 09/12/2019 עד יום 15/12/2019 (בכלל) סה"כ 7 ימים

05/12/2019

05/12/2019

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה
אנא קי רחמים
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
05/12/2019
דף 1 מ 1
הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל
00-05784302-1



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מס' זהות									
כוג		דפים							
16									

תאריך הדפסה 04/11/2019

פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מספר חיק ניכויים
חצר המלכה בע"מ	926353160

פרטי המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
אנאקי	רחמים	057843021

(הופק בשנת מס 2019)

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2018

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר	פירוט הבסיס
							חודש / ימים / שעות
ינואר	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
פברואר	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
מרץ	2977.00	11.91	92.29	104.20	15.4	שעתי	29
אפריל	2977.00	11.91	92.29	104.20	15.4	שעתי	29
מאי	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
יוני	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
יולי							
אוגוסט							
ספטמבר							
אוקטובר							
נובמבר	941.00	3.76	29.17	32.93	7.7	שעתי	14
דצמבר	1412.00	5.65	43.77	49.42	100.0	חודשי	4

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

שם בית התוכנה/לשכת השירות

תעודת מעסיק
מס' 512810839
תאריך 1999
בע"מ



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מס' זכות									
16		כוג		המסמך		דפים			

תאריך הדפסה 04/11/2019

פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים
חצר המלכה בע"מ	9263531601

פרטי המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זכות ס"ב
אנאקי	רחמים	057843021

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2019 (הופק בשנת מס 2019)

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר	פירוט הבסיס
						חודש / ימים / שעות	חודש / ימים / שעות
ינואר	1411.70	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי	4
פברואר	1410.73	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי	4
מרץ	1411.25	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי	4
אפריל	1411.25	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי	4
מאי	1411.25	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי	4
יוני	1411.24	5.00	44.00	49.00	15.4	שעתי	29
יולי	2630.52	10.00	82.00	92.00	15.4	שעתי	29
אוגוסט	2630.00	10.00	82.00	92.00	15.4	שעתי	29
ספטמבר	1307.00	5.00	41.00	46.00	15.4	שעתי	29
אוקטובר							
נובמבר							
דצמבר							

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י סופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

שם בית התיכונה/לשכת השרות

התלמיד המעסיק
חצר המלכה
ת.ד. 512810839
1999 בע"מ

מ/100 (01.2010)

שם המעסיק: 001 - חצר המלכה בע"מ
נספח אישור המעסיק על תקופת עבודה ועל שכר
תק ניכויים: 926353160
צרך אישור זה למינף בל. 211 - תביעה לתשלום דמי פגיעה
הודפס בתאריך 04/11/19
חודש משכורת 10/19

שם העובד/ת: אואקי רחמים 050
מספר זהות: 057843021
סוג משרה: ☐ יחידה/מלאה ☒ חלקית ☐ יומית
י"ע לשבוע: 5 ש"ע ליום: 8.58
תאריך תחילת עבודה: 01/06/14
תאריך סיום עבודה: 12/09/19

פירוט שכר ב-4 החדשים שקדמו להפסקת עבודתו/ה:

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	בסיס שכר	שעות עבודה	מספר ימי עבודה בשכר	מספר ימים עבודה במספר ימים	מספר ימים עבודה במספר ימים
09/19	1307	1307	46	שעתי	28.57	3.0		
08/19	2630	2630	92	שעתי	28.57	3.0		
07/19	2631	2631	92	שעתי	28.57	3.0		
06/19	1411	1411	49	שעתי	28.57	3.0		

לא שולם שכר נוסף או הפרשי שכר בתקיפה המפורטת לעיל.

בחדש 09/19 שולם לעובד עד תאריך הפגיעה (12/09/19) שכר מסד ש"ח.

הצהרת המעסיק: אני מאשר את נכונות הפרטים באישור זה.

ח.ג. 512810819
חצר המלכה בע"מ
תאריך: 12/09/19
ש"ח.

מערכת מכתל 2000 קודשית שכר, ט"ו 03-5619475 ליקוח: 2329423

עמוד 10 מתוך 10

12/04/19

ותאריך הפגיעה

57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

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
12/04/19	057843021	60
שנה חודש יום		
שם פרטי	שם משפחה	
רחמי	סילק	
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 למחלתו, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיו.

תאריך: 10/11/19 חתימת המבוטח: * 10/11/19

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התחום מסה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם המבקש	שם פרטי	שם משפחה
י. י. י. י.	י. י. י. י.	י. י. י. י.
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי
י. י. י. י.	י. י. י. י.	י. י. י. י.
סלפון	מיקוד	עיר
י. י. י. י.	י. י. י. י.	י. י. י. י.

נתון בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאית, עובדיה ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבריאות ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים ביד נותני השירותים שיפורטו להלן ללא חצא מן הכלל ובאופן שירדשו המבקשים על מצבי תברואות ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעבדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בוגי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מטיפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיחן שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

חנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא תחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

שם קופי"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
1.	2.	3.	4.
1.	2.	3.	4.

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופי"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 16.9.17 עד לחתימה ומס' _____
 מס' רשיון: 62254

**מתאים למקור
אריאל פרייברג, ש"ד**

י פ ו י כ ה

אני החייב, אריאל פרימברג, מרחוב כנין 8, תל אביב 6107005, מס' 052544307
 מזה אריאל פרימברג ואני לחיות באי כוחי במשפט של בענין תאונת דרכים מיום 7/11/17
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה באי כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנאות, כולל ומקצות, הכל בקשר לענין הנ"ל וחובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואז כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למונח רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואז לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות וחובעות 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 ימי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או תובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הנדרשות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתגשר בכל ענין הנוגע או תובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של באי כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לבנות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימיי ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמומאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירת או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות הנדרשות 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 בנכחותי ואז בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבל עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י חרוק.

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.

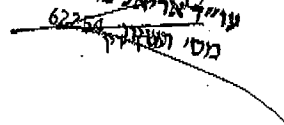
המילים חבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהפך.

לראיה באותי על חתימת

היום 16 לחודש 11 שנה 2019


חתימה

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרינברג
מס' 62354




טל : 04-8812345 או *6050
פקס : 08-9345005
שעות מענה : א-ה 8:00-17:00
א,ג,ה 8:30-13:00
קבלת קהל :
ב,ד 8:00-17:00
זימון תור ב-8321*

תיק: 057843021-60-03

דף 1 מתוך 1

לכבוד
רהמים אנאקי
ת.ד. 126
קריית מלאכי 8310002

800-000-002



תיק: 057843021-60-03

כ"ח בחשוון, תש"פ
26 בנובמבר 2019

מספר תיק: 05784302-1

תאריך פגיעה: 12/09/2019

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעתך לתשלום דמי פגיעה - תאונה מתאריך 12/09/2019

אנו מביאים לידיעתך, כי הכרנו בתאונה שארעה לך ב 12/09/2019 כתאונת עבודה.

את בקשתך לתשלום דמי פגיעה לתקופה 13/09/2019 - 19/10/2019, אנו נאלצים לדחות בהסתמך על חוראות סעיף 92(א) לחוק הביטוח הלאומי ומהנימוק הבא:

אחד התנאים המזכים בתשלום דמי פגיעה כנדרש על פי סעיף 92(א) לחוק הביטוח הלאומי הוא, שהמבוטח לא עסק למעשה בכל עבודה בתקופת אי הכושר לעבודה.

הואיל ובתקופה הנוכחת לעיל לא נעדרת מעבודתך, לא נוצרה עילה לתשלום דמי פגיעה

לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 26/11/2019), ובאם לא תעשה כן במועד הנ"ל, הנך עלול לקבל מיצוי מופחת מכוח חוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו. את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ב התקווה 5 באר שבע 84893, בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעה. ועדת תביעות רשאית להמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס "פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).

ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מהמוקד הטלפוני *6050 או באתר האינטרנט, כתובת האתר www.btl.gov.il

באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.

אין בפנייתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין.

לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

בכבוד רב,

גרוינסקי קור
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 08-9345005

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ק,ה 08:30-13:00

ב,ד 00:00-17:00

זימון תור ב-8321*

תיק: 057843021-60-03

סניף: רחובות

רמז 64

רחובות 7644905

לכבוד

רחמים אבאק

ת.ד. 126

קריית מלאכי 8310002

דף 1 מתוך 3

800-000-002

תיק: 057843021-60-03

כ"ח בחשוון, תש"פ

26 בנובמבר 2019



מספר תיק: 05784302-1

תאריך פגיעה: 12/09/2019

אדון נכבד,

תביעת דמי פגיעה, תאונה מתאריך 12/09/2019

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 12/09/2019 כתאונת עבודה.

הפגישות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלה בשורש כף יד ימין

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 26/11/2019), ובאם לא תעשה כן במועד הנ"ל, חנך עלול לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

לאחר הגשת התביעה בצירוף מסמכים רפואיים, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496

בכבוד רב,
גרוינסקי קרן
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

205/בל



אחד התנאים המזכרים בתשכום דמי פגיעה נכוח ש על פי סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי (החוק) החדש
לא עסק למעשה בכל עבודה בתקופת אי הכושר לעבודה.

הואיל ובתקופה הנזכרת לעיל לא נעדרת מעבודתך, לא נוצרה עילה לתשלום דמי פגיעה
לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד
ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 26/11/2019), ובאם לא תעשה כן במועד הנ"ל, הנך עלול לקבל
פיצוי מנפחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.
לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו.
את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ב התקווה 5 באר שבע 84893, בתוך שנים עשר
חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעה.
ועדת תביעות רשאית להמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס
"פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).
ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מהמוקד הטלפוני *6050 או באתר האינטרנט,
כתובת האתר www.btl.gov.il
באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.
הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.
אין בפנייתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין.
לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד
להגשת ערעור.

בכבוד רב,
גרוינסקי קרן
פקיד תביעות
נמנעי עבודה

19121



16.12.20 ~ 26.12.20

0005001

02769947 3012M
0005001 64101 M

5-04992-8 (2)

NY 20001

0005001

0005001

2005

(3)

0005001 25/11/21
0005001 26/12/21

0005001 26/12/21

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
אורתופדיה - מנהלית
מחלקת אורתופדיה

תאריך: 01/11/2020 11:05:127132 ת.ר. אפרת מ.ר.

סיכום ביקור אמבולטורי

מחלקת כירורגית כף יד
ד"ר יורדאש סורין דניאל:
מ.ר. 28070
אחראות אחראיים: מרינה אגיסון
מס' ביקור: 2020735443
טלפון: 03-9377070
פקס: 03-9377049

02/10/1982	ת. לידה:	אנאק:	שם משפחה:
5784302-1	ת. זהות:	רחמים	שם פרטי:
זכר	מין:	הידן 8 קרית מלאכי	כתובת:
58	גיל:	0556644666	טלפון:
	מדינה:		סוג דם:
	מדינה:		מחזור:
	שם האב:	מדינה:	גורם מממן:
יהודה			

אבחנות בביקור

• Pain in hand (BOTH) (71544)

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

סיפור של חבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפיזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסך תומר.
עסק - מנהל תפעול בעת לא עובד. יד ימין דומיננטית. רקע - סוכרת, אסטמה. כמו כן קרעים בשריר המסובב בכתף ימין מתאונה קודמת.
בבדיקה - מפרק חופשי. שורש יד 80 כ 80 כ 90 יישור מלא. אצבעות וקמיצת אגרוף DPC.
כאב במישור מעל הקרפוד. רדיאלי איזור הסקפואיד. איזור SL, הפוכה של האלונה.
MRI - קונסטרויה גרמית בדרום המרחק. שינויים ציסטיים בלתי יציבים. נזק חלקי SLIL. ציסטה חת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד. נזק חלקי - TFCC מ-9.11.2019.
בציולם - סקלרוסיס קל לתייט ציסטות לתייט סקפואיד מרווח SL מוגבר בהשוואה לשמאל.
על מנת להבין מעורבות גרמית טוב יותר - להשלם CT. שורש יד ימין ושמאל עם שחזורים ב- SUPERMAN POSITION.
לאחר ה- CT התאמת להביא את הממצאים לשיבת רנטגן.
לבעד בדיקה לסרולוגיה ראומטית. לשלל הפרעה אוטו-אנטיגן.

השלמת תיעוד משיבת רנטגן - OA רדיקלרלי משמעותי אין סימני קינבוק. יש OA מידקראפיליות קלה. יש בצקות גרמית משיבת ל-OA

השלים בדיקות דם

RF שלילי. C3-4 שלילי

ביקר אצל רופאת המשפחה ולא עדות לתחילה רומטולוגית (אומר בעל פה אין בדין מסמכים)

בבדיקות היום רגישות מעל SL רגישות סקפואיד ורגישות TFCC

CT נבדק יחד עם ד"ר יהודה. מדובר של שינויים שחוקים, התואמים את גילו. ה-CT תואם את ה-MRI

ממוקד על שימוש בסד קשיח

רפוי בעיסוק אינטנסיבי

ביקורת בעוד חצי שנה עם צילמים

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"
70017	1	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	10.22 01/11/2020	ד"ר דגן אפרת מ.ר. 127132
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	10.22 01/11/2020	ד"ר דגן אפרת מ.ר. 127132

המשך טיפול:

לא

נחתם ע"י: ד"ר דגן אפרת מ.ר. 127132

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

RAMAT GAN, 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

רמת גן 5252204

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

18.10.20

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נפגעי עבודה

מרחוב רמז 64

רחובות 7644905

בפקס

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

בהמשך למכתבי כי מרשי שבנדון לא יוכל להופיע לוועדה שנקבעה ליום 11.10.20 הריני מתכבד לפנות שוב כדלקמן:

1. כפי שצינתי, מרשי נדרש לבידוד מחמת חשיפה לחולה קורונה.

2. משכך, ביצע בדיקה אשר שללה את הימצאות הנגיף אולם היה חייב בידוד.

3. מצ"ב תוצאות הבדיקה.

4. אשר על כן, אודה לטיפולכם המסור בזימון מרשי לוועדה רפואית. כן, נוכח האמור ובשים לב לסיטואציה, אודה לביטול החיוב בגין אי הופעה לוועדה.

5. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



משרד
הבריאות

אישור בדיקות

לשכת
רפואת
תעודת זהות
מספר זהות
057843021

פרוטוקול בדיקות לקורונה

להתבצע הבדיקות ל קורונה שכוועו עמר רחמים אנאכי
עם מסג תעודה מוחה - דועדת זהות, מספר זהות - 57843021 (תוצאותיהן)

תאריך הבדיקה	תאריך התוצאה	תוצאה לבדיקת קורונה
08/10/2020	08/10/2020	שלילי
03/08/2020	03/08/2020	שלילי

מחבר בבדיקות PCR בלבד, המועדות למציאת נוכחות גופית קורונה החושש COVID-19,
המועדות בחברת המס חשבת של משרד הבריאות
להבנו משמעות הבדיקות יש לפנות לרופא/ה המטפלת שלך

לשכת בריאות: לשכת אש: בלן

Director of public health services
Ministry of Health
P.O.B 1178 Jerusalem 910110

ראש שירותי בריאות העמק
משרד הבריאות
יחסי 11760 ת.ד. 91011

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 18/10/2020 14:39
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	18/10 14:36
FAX NO. /NAME	089345005
DURATION	00:03:13
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

RAMAT GAN, 5252204

רמת גן 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

18.10.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב רמז 64
רחובות 7644905

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 12.9.19

בהמשך למכתבי כי מרשי שבנדון לא יוכל להופיע לועדה שנקבעה
 ליום 11.10.20 הריני מתכבד לפנות שוב כדלקמן:

1. כפי שציינתי, מרשי נדרש לבידוד מחמת חשיפה לחולה קורונה.
2. משכך, ביצע בדיקה אשר שללה את הימצאות הנגיף אולם היה חייב בידוד.
3. מצ"ב תוצאות הבדיקה.

4. אשר על כן, אודה לטיפולכם המסור בזימון מרשי לועדה
 רפואית. כן, נוכח האמור ובשים לב לסיטואציה, אודה לביטול