



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

מ.ל.ב.

15.1.24

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: ערן צינצולקר, ת.ז. 038423679
תאונה מיום: 29.4.21

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר צביה קר
 ת.ז. מס' 034627, מרחוב כנרת 30 יתד 15
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו נגד לחיות באי כוחי במשפט של
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, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 חדרושות 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 הני"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליציגני 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. ליציגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 10 לחודש 1 שנה 29

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריבדג, עו"ד
עמ"ד 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
ניצן אר	דן	03423679	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
5 אר	30	יבנה	
		מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
רופאים:	1.	2.	3.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.
	4.	3.	4.

מס' אישי בצה"ל: שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 10.4.24 עד לחתימה ומס' 62254 מ.ד. חתימה: 



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- 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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(09.2023)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
3/13/77	אב	038423679
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0505674647	Airforce.erav@gmail.com

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

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הרומים	30			יבנה	42386

2

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

שכר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			

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 אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק				
Air force	קצין ואישור א"ר				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הרומים	30			יבנה	42386
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			
	0505674647				

2'א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ר ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שב"ס ☐ אחר _____

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

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

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
19:00 / 19.4.21	29/04/2021	15:00 / 15.4.21	ה'	2021 04 29 שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: יציאתי מהמסדר לא תקין. הייתי חושש שמישהי תפגע בי. כיוון שיש לי ילדים, חשבתי שיש לי אחריות על ילדי. כיוון שיש לי ילדים, חשבתי שיש לי אחריות על ילדי.

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה
			שנה חודש יום

4

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 הרופא/שירות רפואי)
חשיפה לגז		צ"ר ח"ל ריטל - שטח
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2021 חודש 05 יום 04 שעה		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל 73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן	
תביעה נגד	שם עורך הדין המטפל
כתובתו	מס' טלפון
מס' פקס	דואר אלקטרוני
האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף	
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי	

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

מתאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

עד תאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

משעה

שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה

עד שעה

שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה

עד תאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

עד תאריך

שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש

משעה

שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה

עד שעה

שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר 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

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 12/1/2024 חתימת התובע חיים

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

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

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

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: ה'סמין אגן' הולד שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: ה'סמין אגן' הולד

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: ב'סמין אגן' הולד

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
<u>אגן</u>	<u>מקל במחיצת קיר</u>		
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 _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי	שם המפעל / המעסיק

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: _____
ממתי _____ עד מתי _____ 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 שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		ללקוחה	סכום
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיך תלושי שכר _____

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

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

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

3

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

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

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

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך: 12/1/24 תפקיד החותם: ב"מ שם החותם: אן בן צלני חתימה וחותמת: * 

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

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

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 038423679	תאריך הפגיעה 29/04/2021 שנה חודש יום
שם משפחה צ'נצ'קו	שם פרטי דני	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 19/1/24 חתימת המבוטח *

עושים
חיל
במיזוג
האוויר



קבלן רשום מס' 34801
ע. מורשה 038423679

מושב ניצני עוז ת.ד. 234 מיקוד 42386

טל: 050-567-4647

חשבונית מס מס' 1181

09/4/21

תאריך:

לשם קבלת

לכבוד:

טלפון:

הסמך את ירדן

כתובת:

מס' הפרט	פרטים	כמות	סה"כ בש"ח
	החלק שסתיק קיר		
	החלק האלומיניום		
	החלק אלומיניום		2500

2500
485
8925

סה"כ

מע"מ %

סה"כ כולל מע"מ

חתימה:

תאריך פרעון:

הסוצרים נשארים בבעלותנו עד לתום פרעונם



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז מקצועי נתניה מחוז:שו"ש

ד"ר מיכאל דוד כהן
רפואה פנימית מייעצת
16604
רזיאל 8, נתניה
09-8603555
09-8601474

תאריך 04/05/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל						
צינולק ערן						
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	30/04/1976	אברהם	
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
ניצני עוז	הפרחים	30	5674647	50	3453494	77
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

שלום רב,

תאריך ביקור: 04/05/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: לפני שבוע נשם גז רעיל. FREON 22
עכשיו יש לו קוצר נשימה.

ממצאים: קולות הלב תקינים.
כניסת אוויר תקינה בשני הצדדים.
אין קולות נשימה נוספים

אבחנות בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
7860		DYSPNEA
		FREON 22 INHALATION

הפניות בביקור

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לדימות	78060-צילום חזה	H3		הודפס

תרופות בביקור

P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W		0	ר	N	יחידה	1	1	D	0	זריקה	INJ		METHYPREDNISOLONE INJ 125 MG 2

12

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					METHYPREDNISOLONE INJ 125 MG 2

12

בברכה,

ד"ר מיכאל דוד כהן
שם הרופא
16604
מס' רישיון
חתימה וחותמת הרופא

סיכום ביקור ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** דף 1

צינולק ערן 00-03842367-9 הודפס ע"י ד"ר מיכאל דוד כהן 04/05/2021

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-18.12.2023.

עמוד 1 מתוך 1

04/05/2021	ת. ביצוע:	3842367-9	ת"ז:	ערן צינצולק	נבדק:
04/05/2021	אישור פענוח:	45 שנים	גיל:	30/04/1976	תאריך לידה:
04/05/2021	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז שרון - שומרון, (120000)	מוסד מפנה:
				מרכז לרפואה יועצת נתניה, (122100)	גורם מפנה:
				מיכאל דו כהן, (16604)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום חזה

—

סיבת הפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

צילום חזה בתאריך 04/05/2021 15:20 מ.ג.: 1125002117866 מבצע: חצב נמר;
צילום חזה;

ממצאים:

לא נצפה תסנין תפליט פלאורלי או גודש
נצפה ניפוח יתר ללא שינוי משמעותי בהשוואה ל-9.6.2016
צל הלב לא מוגדל

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

4/5/2021 16:07	מספר רשיון: 23733	אושרר ע"י: ד"ר (רופא) ברונז צ'אושו
----------------	-------------------	------------------------------------

תאריך הדפסה: 19 יוני, 2022

דו"ח בדיקת ארגומטריה

שם נבדק/ת: צינצולקר ערן
כתובת: ניצני עוז, הפרחים 0030
תאריך בדיקה: 19/06/2022 גורם מפנה: השרון-שומרון
מידע נוסף (רפואי כללי בלבד)

מין: ז גיל: 46/2 ת.ז.: 038423679
טלפון: 050 - 5674647 050 - 5674647
טכנאית: לודמילה
גורם מפנה/מטפל: ד"ר ד"ר זסלבסקי גלינה

עבר רפואי: אין מה לציין

בדיקה גופנית:

עשון: כן. קופסא ביום

ספורט: כן ריצה

תרופות: לא

גובה: 177 ס"מ משקל: 86 ק"ג

קצב לב במנוחה: 63 לחץ דם במנוחה: 140/80

א.ק.ג. במנוחה: תקין

מבחן המאמץ המתוכנן: תת-מירבי פרוטוקול: BRUCE

זמן סופי 36: 9 דקות, מהירות 1.7-4.2 מיל/שעה, שפוע 16%, דופק מירבי חזוי לגיל: 175,

הושג 94% מדופק מירבי METS = 10.2 הארגומטר: מסילה

תגובת דופק למאמץ: תקינה
תגובת דופק בהתאוששות: תקינה
תגובת לחץ דם במאמץ: תקינה
תגובת לחץ דם בהתאוששות: לא תקינה - יתר לחץ דם

דופק בשיא המאמץ 165
דופק בהתאוששות (5 דק') 93
לחץ דם בשיא המאמץ 200/90
לחץ דם בהתאוששות (5 דק') 150/90

סיבת הפסקת המאמץ/תלונות: דופק מטרה תת-מירבי, קושי בנשימה

ממצאים בא.ק.ג. במאמץ: שינויים ב-ST-T: לא

הפרעות קצב במאמץ: לא

הפרעות בהולכה: לא

סיכום קליני לארגומטריה: תקינה

כושר גופני: בינוני-טוב

המלצות: הפסקת עשון דיאטה דלת מלח ומעקב ל.ד.

המשך מעקב הרופא המטפל

אין בידי בדיקות קודמות להשוואה.

בברכה,

ד"ר יעקב גפן
מומחה למחלות לב
מ.ר 12038 מ.ר.מ. 8120

ד"ר טטיאנה גנטלב
מ.ר 29099
רופאה משגיחה

דוגמאות מתרשים הא.ק.ג. נמסרו לנבדק/ת עם סיום הבדיקה

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

תאריך בדיקה: 30/06/2022

דו"ח בדיקת אקוקרדיוגרפיה

גיל: 46/2 מין: ז'
050 - 5674647

ת.ז.: 038423679
טלפון: 050 - 5674647

שם נבדק/ת: צינצולקר
כתובת: ניצני עוז, הפרחים
0030

רופא מפנה/מטפל: ד"ר זסלבסקי גלינה
גורם מפנה: השרון-שומרון
בדיקה ראשונה

Indications: VENTRICLES AND VALVE FUNCTION

Cardiac Dimension And Function

Right Atrium

Normal Size

Left Atrium

Normal Size

PSLAV = 37 mm

Aorta

Root = 33 mm

ASC = 33 mm

Right Ventricle

Normal Size

Normal Systolic Function

PSLAV= 32 mm

Left Ventricle

Normal Size

Normal Systolic Function

LVEDd = 53 mm

LVESd = 34 mm

EF= Estimated 60-65 %

IVS = 8 mm

PW = 8 mm

Valves And Doppler

Pulmonic Valve

Normal

Regurgitation: None

Aortic Valve

3 Cusps Valve

Regurgitation: None

Tricuspid Valve

Normal

Regurgitation: Trace

TIG= 27 mmHg

Mitral Valve

Normal

Regurgitation: Trace

E = 80 cm/sec A = 51 cm/sec E/A = 1.6

E' = cm/sec

E/ E' =

DIASTOLIC
FUNCTION
Normal

Summary And Conclusion

NORMAL LEFT VENTRICULAR SIZE AND SYSTOLIC FUNCTION
NORMAL RIGHT VENTRICULAR SIZE AND SYSTOLIC FUNCTION
NORMAL MITRAL VALVE, TRACE REGURGITATION
NORMAL AORTIC VALVE, NO REGURGITATION
MINIMAL TRICUSPID REGURGITATION, TIG =27 mmHg

בברכה,

ד"ר יוסף שאהין
מומחה לקרדיולוגיה
מ.ר. 18839 מ.ר. 11811

חאלד פראח
טכנאי

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

תאריך: 30/12/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	צינולקר ערן	מס זהות:	00038423679	גיל:	46.08	מין:	ז
ת.לידה:	30/04/1976	ישוב:	ניצני עוז	רחוב:	הפרחים	טלפון נוסף:	77 - 3453494	
מס בית:	30	טלפון:	50 - 5674647					

לכבוד: ד"ר זסלבסקי גלינה

תלונות: בן 46.

מעשן כבד .
ללא מחלות ברקע
רק תלונות על קוצר נשימה בעונות מעבר . ומקבל טיפול בסרטייד . !!
לאחרונה תלונות על קוצר נשימה ומחנק במאמץ חזק .
עבר בדיקת קרדילוג - נשללה בעיה לבבית .

ממצאים: במצב כללי יציב

נינוח

ללא מצוקה נשימתית

סטורציה - 96% על אויר חדר

מעל לריאות כניסת אויר שווה וטובה דו"צ .

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		DYSYPNEA

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימום	78060-צילום חזה	H3	הודפס
טופס הפניה כללי	76065-ספירומטריה עם מרחיבי	H4	הודפס

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
654 פתיחת תיק	654	1	30/12/2022

סיכום והמלצות: מעקב רופא משפחה
מופנה לספירומטריה עם מרחיבי סימפונות
צילום חזה
הפסקת עישון
ביקור חוזר לאחר הבדיקות .

בברכה,

שם הרופא	ד"ר יעקוב אבו חשב	מספר רשיון	35916	חתימה וחותמת הרופא
----------	-------------------	------------	-------	--------------------

תאריך: 12/12/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	צינולקר ערן	מס זהות:	00038423679	גיל:	46.07	מין:	ז
ת.לידה:	30/04/1976	ישוב:	ניצני עוז	רחוב:	הפרחים			
מס בית:	30	טלפון:	50 - 5674647	טלפון נוסף:	77 - 3453494			

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/12/2022 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סוג הביקור: מעקב

רופא מפנה: ד"ר

תלונות/סיבת הפניה: בן 46 שנים בריא ללא הרגלים או תרופות קבועות רקע משחתי חיובי ל CVD פעיל גופנית ללא תלונות לאחרונה לאות קשה לאחר מאמץ אקו לב ומבחן מאמץ במכון מור תוארו תקינות נבצע אקו לב במאמץ

ברקע (גורמי סיכון למחלה כלילית): סיפור משפחתי חיובי .

דופק: 71

לחץ דם: 132/ 91

תוצאות בדיקות נוספות: 12/12/2022 בדיקת אקו לב במאמץ באקו במנוחה: קוטר אאורטה עולה 30 מ"מ . חדר שמאלי בגודל 46/24 מ"מ . עובי דפנות החדר השמאלי 10/10 מ"מ . תפקוד סיסטולי תקין . ללא הפרעה אזורית בהתכווצות . ללא מחלה מסתמית משמעותית . שטח עליה שמאלית 13 סמ"ר . בוצע מאמץ של 8 דקות עם השגת 97 מהדופק המירבי בעומס של % METS 12.1 בתחילת התאוששות חש טרום עילפון באק"ג לא נרשמו שינויים דינאמיים משמעותיים במקטע ST מספר PVC'S בתחילת שלב ההתאוששות סיכום הבדיקה : לאחר מאמץ והשגת הדופק הנתון הבדיקה הראתה שיפור אזורי וגלובלי מובהק בהתכווצות .

מסקנה : אקוקרדיוגרפית הבדיקה שלילית לאסכמיה מיוקרדיאלית הוסבר על ממצאי הבדיקה כולל ציון סיכויים חזרה להמשך מעקב ובירור הרופא /הקרדיולוג המטפל

אבחנה

קוד	איפיון	אבחנה
7993		TIREDNESS
		NORMAL ECHOCARDIO MOR
		NEG STRESS TEST MOR

פעולות	קוד	כמות
416 אקו דופלר במאמץ -לא מצמיד	416	1

בברכה,

27820

ד"ר דקה סמיר

תאריך: 09/12/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	צינולקער ערן	מס זהות:	00038423679	גיל:	46.07	מין:	ז
ת.לידה:	30/04/1976	ישוב:	ניצני עוז	רחוב:	הפרחים	טלפון נוסף:	77 - 3453494	
מס בית:	30	טלפון:	50 - 5674647					

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2022 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סוג הביקור: ביקור ראשון

רופא מפנה: ד"ר

תלונות/סיבת הפניה: בן 46 שנים בריא ללא הרגלים או תרופות קבועות רקע משפחתי חיובי ל CVD פעיל גופנית ללא תלונות לאחרונה לאות קשה לאחר מאמץ אקו לב ומבחן מאמץ במכון מור תוארו תקינות נבצע אקו לב במאמץ

ברקע (גורמי סיכון למחלה כללית): סיפור משפחתי חיובי .

דופק: 71

לחץ דם: 132/ 91

אבחנה

קוד	איפיון	אבחנה
7993		TIREDNESS
		NORMAL ECHOCARDIO MOR
		NEG STRESS TEST MOR

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לאקו	US .א.ס. 76006 אקוקרדיוגרפי	H219	הודפס
הפניה לדימות	US .א.ס. 78043 דופלקס עורקי	H3	הודפס

פעולות	קוד	כמות
409 פתיחת תיק	409	1

סכום והמלצות: ביצוע אקו לב במאמץ .

דופלר קרוטיס

ביקורת חוזרת לאחר ביצוע הבדיקות - עם תוצאה ביד .

בברכה,

27820

ד"ר דקה סמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך: 09/12/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	צינולקער ערן	מס זהות:	00038423679	גיל:	46.07	מין:	ז
ת.לידה:	30/04/1976	ישוב:	ניצני עוז	רחוב:	הפרחים	טלפון נוסף:	77 - 3453494	
מס בית:	30	טלפון:	50 - 5674647					

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2022 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סוג הביקור: ביקור ראשון

רופא מפנה: ד"ר

תלונות/סיבת הפניה: בן 46 שנים בריא ללא הרגלים או תרופות קבועות רקע משפחתי חיובי ל CVD פעיל גופנית ללא תלונות לאחרונה לאות קשה לאחר מאמץ אקו לב ומבחן מאמץ במכון מור תוארו תקינות נבצע אקו לב במאמץ

ברקע (גורמי סיכון למחלה כללית): סיפור משפחתי חיובי .

דופק: 71

לחץ דם: 132/ 91

אבחנה

קוד	איפיון	אבחנה
7993		TIREDNESS
		NORMAL ECHOCARDIO MOR
		NEG STRESS TEST MOR

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לאקו	US .א.ס. 76006 אקוקרדיוגרפי	H219	הודפס
הפניה לדימות	US .א.ס. 78043 דופלקס עורקי	H3	הודפס

פעולות	קוד	כמות
409 פתיחת תיק	409	1

סכום והמלצות: ביצוע אקו לב במאמץ .

דופלר קרוטיס

ביקורת חוזרת לאחר ביצוע הבדיקות - עם תוצאה ביד .

בברכה,

27820

ד"ר דקה סמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך : 03/01/2023

לכבוד : ד"ר דקה סמיר
קופת חולים : כללית

פענוח אולטרסאונד קרוטיס\דופלר צוואר מתאריך 02/1/2023 בשעה 10:00

שם נבדק : צינצולקר ערן
ת.ז : 38423679

תוצאות בדיקת דופלר קרוטיס – עורקי צוואר :

מצד ימין – ביפורקציה בגובה רגיל .

עורק משותף – לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק חיצוני- לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק פנימי – לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק חוליות – כיוון וזרימה תקינים .

מצד שמאל - ביפורקציה בגובה רגיל .

עורק משותף – לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק חיצוני- לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק פנימי – לא ניראתה הפרעה המודינמית.

עורק חוליות – כיוון וזרימה תקינים .

The logo for YARA X RAY features the words "YARA" and "RAY" in blue, with a stylized "X" in green and blue between them. The entire logo is enclosed within a green swoosh that starts under "YARA" and ends under "RAY".

YARA X RAY

מרכז יארא ללאשעה
מרכז יארא להדמייה

סיכום :
ללא ממצא חריג

הבדיקה בוצעה על ידי טכנאי אולטרסאונד
פיענוח של התמונות בוצע על ידי
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
ד"ר ראמי שאפעי
מ.ר 135784 – מ.ר.מ 135784



015784003587

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 46.02 מין: ז

צינצולקר ערן

מס' זהות: 00038423679

ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG

999004134

(NEXIUM 20MG (M) TAB, ESOPRIM S.K(M) CAP 20MG 28, ESOMEPRAZOLE (M) TAB 20MG 30)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 12/10/2022 - 13/07/2022

מס' רישיון



024442

טלפון: 09-8787200

שם הרופא ד"ר גלינה זסלבסקי

כתובת: בכניסה לבת חפר ליד בית הספר ובית הכנסת

תחום: רופאת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



015784013646

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 46.06 מין: ז

צינצולקר ערן

מס' זהות: 00038423679

DOXYCYCLINE 100 MG TAB 100MG

999002873

(APODOXY 100MG TAB (D), DOXY CAP 100MG 10 (D), DOXIBIOTIC CAP 100MG 10 (D), DOXYLIN TAB 100MG 10 (D))

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 03/11/2022 - 24/10/2022

ISOCONAZOLE-DIFLUCORTOLONE CR CF

999009185

(TEVADERM CR, ISOCORT CREAM)

למשך 10 ימים סה"כ 2 יח

מריחה 2 x ביום

תוקף מרשמים: 23/01/2023 - 24/10/2022

מס' רישיון



122184

טלפון: 09-8787200

שם הרופא ד"ר מהראן יאסין

כתובת: בכניסה לבת חפר ליד בית הספר ובית הכנסת

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



015784045315

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת



גיל: 47.04 מין: ז

צינצולקר ערן

מס' זהות: 00038423679

INCRUSE ELLIPTA<><>INH 55MCG 55MCG

000098798

למשך 30 ימים סה"כ 1 יח

שאיפות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 16/01/2024 - 17/12/2023 17/12/2023 - 17/11/2023 17/11/2023 - 18/10/2023 18/10/2023 - 18/09/2023

FOSTER INH 100MCG/6MCG 100MCG/6MCG

000092989

למשך 30 ימים סה"כ 1 יח

שאיפות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 16/01/2024 - 17/12/2023 17/12/2023 - 17/11/2023 17/11/2023 - 18/10/2023 18/10/2023 - 18/09/2023

מס' רישיון



024442

טלפון: 09-8787200

שם הרופא ד"ר גלינה זסלבסקי

כתובת: בכניסה לבת חפר ליד בית הספר ובית הכנסת

תחום: רופאת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דו"ח תפקודי ריאות

Name: צינצולקר, ערן

ID: 03842367-9

Sex: Male

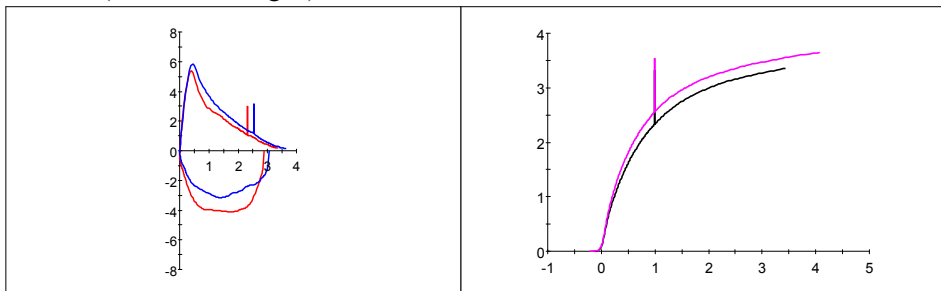
Date: 27/02/2023

Age: 46

Height: 176.00

Weight: 84.00

	Pre-Bronch			Post-Bronch		
	Actual	Pred	%Pred	Actual	%Pred	%Chng
---- SPIROMETRY ----						
FVC (L)	3.35	4.58	73	3.65	79	+8
FEV1 (L)	2.34	3.72	62	2.56	68	+9
FEV1/FVC (%)	70	79	88	70	88	+0
FEF 25-75% (L/sec)	1.68	4.10	40	2.10	51	+25
FEF Max (L/sec)	5.37	8.94	60	5.80	64	+7
FEF 25% (L/sec)	3.18	7.78	40	4.18	53	+31
FEF 50% (L/sec)	1.88	4.87	38	2.30	47	+22
FEF 75% (L/sec)	0.91	2.04	44	1.20	58	+31
---- LUNG VOLUMES ----						
SVC (L)	3.49	4.58	76			
TGV (L)	2.88	3.45	83			
RV (Pleth) (L)	2.51	2.11	118			
TLC (Pleth) (L)	6.00	6.98	85			
RV/TLC (Pleth) (%)	42	32	130			
---- DIFFUSION ----						
DLCOunc (ml/min/mmHg)	24.01	31.14	77			
DL/VA (ml/min/mmHg/L)	4.45	4.46	99			



Post-Test Comments:

נפחי הריאות: ירידה בנפח הריאות הכללי כעדות להפרעה רסטרקטיבית קלה
 דינמיקת הנשימה: ירידה בינונית בזרימות הנשיפתיות, שיפור קל אחר מרחיבי סמפונות
 סיכום: הפרעה מעורבת רסטרקטיבית (קלה) וחסימתית (בינונית) עם מרכיב הפיך חלקי
 בדיקת דיפוזיה - ירידה קלה בדיפוזיה הכוללת, תקינה אחר תיקון לנפח אלביאולרי
 ריווי חמצן - 98%

פרופ' הרצל סלמן - מומחה למחלות ריאות



מספר רשיון 24442
טלפון 09-8787200
פקס 09-8784002
מחוז שו"ש

שם הרופא ד"ר גלינה זסלבסקי
תחום רופאת משפחה
כתובת בכניסה לבת חפר ליד בית הספר ובית הכנסת
מרפאה בת חפר - רופאים עצמאיים

תאריך: 17/10/2023

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		צינולקר ערן		מס זהות: 00038423679		גיל: 47.05		מין: ז	
ת. לידה: 30/04/1976		ישוב: ניצני עוז		רחוב: הפרחים		טלפון נוסף: 77 - 3453494					
מס בית: 30		טלפון: 50 - 5674647									

מיועד ל- כל המעוניין

נרשם על סמך הרשום בתיק משקל 86kg גובה 176cm לחץ דם 132 / 91 B.P. מעשן כעת 27.76 bmi

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

ת. גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1992		SMOKER

Past Diagnoses

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	איפיון	בעיה
17/10/2023	00/02/1999		DISLOCATION SHOULDER RECURRENT LT

Medications

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	...
INCRUSE ELLIPTA<>>INH 55MCG 55MCG	1	שאיפות	1	ביום
FOSTER INH 100MCG/6MCG 100MCG/6MCG	1	שאיפות	2	ביום

נחתם דיגיטלית

24442

ד"ר גלינה זסלבסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופס/ו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 18/07/2023

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		צינולקער ערן		מס זהות: 00038423679		גיל: 47.02		מין: ז	
ת.לידה: 30/04/1976		ישוב: ניצני עוז		רחוב: הפרחים		טלפון נוסף: 77 - 3453494					
מס בית: 30		טלפון: 50 - 5674647									

לכבוד: ד"ר זסלבסקי גלינה

תלונות: 30/12/2022

בן 46.

מעשן כבד.

ללא מחלות ברקע

רק תלונות על קוצר נשימה בעונות מעבר. ומקבל טיפול בסרטייד !!

לאחרונה תלונות על קוצר נשימה ומחנק במאמץ חזק.

עבר בדיקת קרדילוג - נשללה בעיה לבבית.

18/07/2023

עדיין מעשן.

תלונות על קוצר נשימה במאמצים ובעליית מדרגות.

תפקודי ריאה - FVC-73--79

FEV1-62---68

FEV1/FVC-70---70

TLC-85

DLCO-77

הפרעה חסימתית בינונית וירידה קלה בדיפוזיה

התמונה מתאינה ל COPD בחולה מעשן !!!!

ממצאים: 30/12/2022

במצב כללי יציב

נינוח

ללא מצוקה נשימתית

סטורציה - 96% על אויר חדר

מעל לריאות כניסת אויר שווה וטובה דו"צ.

18/07/2023

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		COPD
		DYSPPNEA
		SMOKER

דין / תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 30/12/2022

הפניה לדימות - 78060-צילום חזה, טופס הפניה כללי - 76065-ספירומטריה עם

מרחיבי

18/07/2023

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
654 פתיחת תיק	654	1	18/07/2023
657 פענוח תפקודי ריאה ויעוץ	657	1	18/07/2023
654 פתיחת תיק	654	1	30/12/2022

סיכום והמלצות: מעקב רופא משפחה

נתחיל טיפול במשאף אינכרוז ופוסטר

להפסיק לעשן

ביקור חוזר בעוד 6 חודשים

בברכה,

35916

ד"ר יעקוב אבו חשב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

דו"ח תפקודי ריאות

Name צינצולקר, ערן

ID: 03842367-9

Sex: Male

Date: 27/02/2023

Age: 46

Height: 176.00

Weight: 84.00

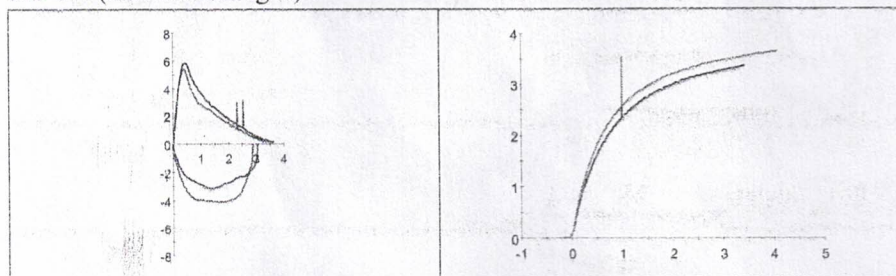
	Pre-Bronch			Post-Bronch		
	Actual	Pred	%Pred	Actual	%Pred	%Chng
---- SPIROMETRY ----						
FVC (L)	3.35	4.58	73	3.65	79	+8
FEV1 (L)	2.34	3.72	62	2.56	68	+9
FEV1/FVC (%)	70	79	88	70	88	+0
FEF 25-75% (L/sec)	1.68	4.10	40	2.10	51	+25
FEF Max (L/sec)	5.37	8.94	60	5.80	64	+7
FEF 25% (L/sec)	3.18	7.78	40	4.18	53	+31
FEF 50% (L/sec)	1.88	4.87	38	2.30	47	+22
FEF 75% (L/sec)	0.91	2.04	44	1.20	58	+31

---- LUNG VOLUMES ----

SVC (L)	3.49	4.58	76
TGV (L)	2.88	3.45	83
RV (Pleth) (L)	2.51	2.11	118
TLC (Pleth) (L)	6.00	6.98	85
RV/TLC (Pleth) (%)	42	32	130

---- DIFFUSION ----

DLCOunc (ml/min/mmHg)	24.01	31.14	77
DL/VA (ml/min/mmHg/L)	4.45	4.46	99



Post-Test Comments:

נפחי הריאות: ירידה בנפח הריאות הכללי כעדות להפרעה רסטרקטיבית קלה

דינמיקת הנשימה: ירידה בינונית בזרימות הנשיפתיות, שיפור קל אחר מרחיבי סמפונות

סיכום: הפרעה מעורבת רסטרקטיבית (קלה) וחסימתית (בינונית) עם מרכיב הפיך חלקי

בדיקת דיפוזיה - ירידה קלה בדיפוזיה הכוללת, תקינה אחר תיקון לנפח אלביאולרי

ריווי חמצן - 98%

פרופ' הרצל סלמן - מומחה למחלות ריאות

Handwritten signature and notes in blue ink.

