



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

פברואר 01 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
עו"ד מחלקת נפגעי עבודה
המוסד לביטוח לאומי - נתניה

ח"נ שלום רב,

הנדון: ליטל מאיר, ת.ז. 308237395
תאונה מיום 04/09/2023

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעה דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.
3. מצ"ב אישור ניהול חשבון פקדונות של הח"מ.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח לפקודת הח"מ אודה.

לכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

נא למלא מספר תעודת זהות

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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת**

בכות מעבודה

פרטי החובע		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
מ"ר		מ"ר		6.1		308237395	
מיון		עיסוק		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
☐ זכר ☒ נקבה		☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		12011993		שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
30/כ"ו		25		5		ישוב	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		מיקוד	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		0544432741		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		7523161	
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		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעוך, אם לא סימנתי "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	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

04092023

שנה חודש יום

ד"ר אביבך מ/ג' ונחלת

4
פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

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

אני מבוטח בקופ"ח _____

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
37	37	37

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ורגישות במפרקי הברך וברגליים
קושי קיצוני ללכת וללכת
קושי ללכת וירידת הרגליים
כאבים אצל החסר יצירות

37

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו
תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ושכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר
☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית
☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

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

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי 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 מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה
☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי 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: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412358

כתובת
מבטא בל ד. תת א

שם גורם מסייע
ד"ר מריטל כהנא

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

04092023

יום חודש שנה

מספר זהות/דרכון

308237395

קוד גמלה

11

שם פרטי

יגאל

שם משפחה

מאיר

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

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

חתימת המבוטח *

1.2.24

תאריך

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 16/1
ת.ז. מס' 301237395
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או מרחוב 3
נגד 25/5
ל להיות באי כוחי במשפט של 13/1
בענין תאונת דרכים מיום 3/11/13
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 הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל 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 הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 30 לחודש 1 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך דין

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
ר.ל.ר	ד.ג.	308237395	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
11/כ"ו	25/3	המל/13	
		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 הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

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

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 האם ת.ז. שם האב ת.ז.

תאריך: 30.1.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. חתימה: X

אריאל פרידמן, עו"ד
מ.ו. 62254

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צליליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

תאריך קבלה: 04/09/2023 07:28
מספר קבלה: 2023190252

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: אחר

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF LATERAL MALLEOLUS, CLOSED	8242	Left		✓			
WEBER A							

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת קרסול
הערות: שמאל לדבריה שיפשוף בברך ימין

תלונה עיקרית

בת 30
ברקע תת תריסיות מאוזן תחת יוטרוקס
רגישות לאתופן - נפיחות ופריחה

פנתה למלר"ד לאחר נפילה בחניון מקום עבודה במוסדנו. מתארת מעידה על מדרגה וחבלה סיבובית לקרסול שמאל. ללא חבלות נוספות

בבדיקתה
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל - ללא סימני חבלה על העור. נפיחות באזור הפטישון הלטרלי. ללא רגישות על הפיבולה הפרוקסימלית ולאורך הטיביה.
ללא רגישות על הסינדרמוזיס
רגישות פטישון לטרלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי. רגישות על ה-ATFL.
ללא רגישות ליספרנק/בסיס מסרקים 1,5 ..
הנעת בהונות תקינה. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נמוש.

בצילום קרסול שמאל- שבר פטישון לטרלי WEBER A

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום	תגובה
ETOPAN	03/10/2022	פריחה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צליליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר חדר	כאב
07:38 04/09/2023			98	5
07:34 04/09/2023	87	112 / 73		

מעקב סיעודי

נרשם ע"י: וייס סיגל מ.ר. 13465 , מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 07:38 04/09/2023

דיווח / דיון: לדבריה אינה מעוניינת בנגד כאבים

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	04/09/2023	צילום קרסול שמאל במסגרת גפה תחתונה

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל
#נגד כאבים לפי הצורך.
#הרמת הרגל וקירור מקומי.
#דריכה לפי מגבלות הכאב
#חבישה אלסטית - יש להסיר בלילה
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד 7-10 ימים.
#בכל החמרה – לבדיקת רפואית בהקדם.
חופשת מחלה: 7 ימים.

*המשך פיזיותרפיה בקהילה. ניתן לתאם תור ישירות מול מכון פיזיותרפיה באזור מגוריו עם הפניה זו.

סטטוס מטופל בשחרור

משתחררת לביתה במצב יציב לאחר שהוסברו הממצאים וההמלצות

רופא אחראי

רופא: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

נחתם ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

חתימה: _____

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

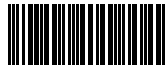
שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צלייכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37
חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים



0338003122



135691



קוד הפניה: 341119243

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3603	קרוסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

שאלה למבצע הבדיקה: FX ANKLE

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרוסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

ממצאים: צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

בעיות ידועות:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)
• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/09/2023 עד תאריך - 03/03/2024

05/09/2023

חתימה וחומת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

ד"ר עדי כהן

מומחה ברפואת ילדים ובאלרגולוגיה
אומולוגיה

מס' רישוי: 19171

כתובת: רח' מאירוביץ' 36, ראש"צ

טלפון: 03-9671133

הסמכות: מכבי ישראל

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שירות רפואי מוסמך

תעודת רפואית ראשונה לטיפול בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכר/אמצעי
מאיר	ליטל	שי	308237395	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	שנת לידה	חבר (כול)
ראשון לציון	צליל'ין	25	1983	נ
שם המעביד וכתובתו		טלפון	מקצוע	
בית בל'נסון		0544432741	טכנאית רנטגן	
ת פגיעה	שעה	התסקנות בשעת הפגיעה		
04/09/2023	06:30			
האבר שנפגע	שם הרופא המספל			
קיסול שמאל		נמצא בטיפול מים		

ראור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיע אל'ם והיקף קיבל טיפול:

פונה למל"ד בתאריך 04/09/2023 לאחר נפילה בחנוך מקום עבודה
ממארת מעידה על מדרגה וחבלה סבבבית לקיסול שמאל: ללא חבלות
מספוח

בבדקת
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל ללא סימני חבלה על העור. נפוחות באזור הפטישון הלטרלי, ללא רגישות על הפיבוליה הפרוקסמלית ולאורך
הסיביה.

ללא רגישות על הסינדרומזיס
רגישות פטישון לטרלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי, רגישות על ה. ATFL
ללא רגישות ליספרקן/בסיס מסרקים. 1.5.
הנעת בהונות תקינה, תחושה דיסטלית שמורה. דופק קממוש.

בגילום קיסול שמאל שבר פטישון לטרלי W
פונה למל"ד בתאריך 04/09/2023 לאחר נפילה בחנוך מקום עבודה במסדנ. ממארת מעידה על מדרגה וחבלה סבבבית
לקיסול שמאל: ללא חבלות
מספוח

בבדיקת
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל ללא סימני חבלה על העור. נפוחות באזור הפטישון הלטרלי, ללא רגישות על הפיבוליה הפרוקסמלית ולאורך
הסיביה.

ללא רגישות על הסינדרומזיס
רגישות פטישון לטרלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי, רגישות על ה. ATFL
ללא רגישות ליספרקן/בסיס מסרקים. 1.5.
הנעת בהונות תקינה, תחושה דיסטלית שמורה. דופק קממוש.
בגילום קיסול שמאל שבר פטישון לטרלי W
נמצאת בטיפול פיזיותרפיה

אבחנה:

FRACURE ANKLE LATERAL MALEOLUS CLOSED

כתומאה מרפגעה המוצהרת על-ידי הג'לי:

הג'לי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאמה אחרת

(בדלד)

28/10/2023

עד יום:

04/09/2023

ימים, היום מיום:

19/10/2023

חתימת הרופא

תאריך הבדיקה

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי, או הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופסה ותרופה על חשבון המעביד.
אחריותו הבלעדית של הנפגע.

מס' מ.מ. 11308
מס' מ.מ. 19171
מס' מ.מ. 11308
מס' מ.מ. 19171



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 05/09/2023

תאריך הפיענוח: 05/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז. הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23602653

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב שבר

ממצאים:

שמאל

=====

שבר ללא תזוזה בפטישון חיצוני

בברכה

ד"ר דימה זיו

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

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

גרסה 1/1



135691



קוד הפניה: 341104943

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000250770005

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 05/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזנים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
מייצב קרסול קשיח עם כריות (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	1	96561		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 04/12/2023

05/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555*.

לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

גיל: 30.8

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 1436348

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:30:16 12/09/2023 ניידות עם דרכיה ב-ARICAST ביקורת עוד 3 שבועות + XR. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלח על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-ARICAST

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלח על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED	Lt		

הערות
בתוקף עד - 10/03/2024

בדיקות/הפניות
מכון רנטגן: קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

ר	X	נקודות	קוד	טיפול	POP leg removal
!	1	05.5	2282	טיפול ז-02299-00000 טיפול טיפול טיפול	

המלצות למטופל:
ניידות עם דרכיה ב-ARICAST
ביקורת עוד 3 שבועות + XR

קוד	סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
C00001	אישור מחלה		05/09/2023	03/10/2023

☒ שבועות

מוזמן למעקב: ☒ כן בעוד כ- 3

תאריך: 12/09/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 05/09/2023 עד יום: 03/10/2023 סה"כ: 29 ימים.

12/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0338003122



135691



קוד הפניה: 342120124

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

טלפון: 039501431

מין: נ

ת.לידה: 12/01/1993



0308237395

מיקוד 7523161

ציליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3603	קרוסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

שאלה למבצע הבדיקה: FX ANKLE

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרוסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LMבביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-AIRCASTממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

בעיות ידועות:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)
• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 12/09/2023 עד תאריך 10/03/2024

12/09/2023

חתימה וחוקת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 12/09/2023

תאריך הפיענוח: 12/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23617903

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב

ממצאים:

שמאל:

גפה בגבס.

שבר ידוע בפטישון לטרלי, בתהליך איחוי.

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

בברכה

ד"ר אלכסנדר קלינדוכוב

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 31689

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

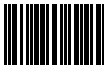
מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1

תאריך: 03/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



135691

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00

תאריך הביקור: 03/10/2023

המלצות למטופל: משככי כאבים

ניידות עם דריכה מלאה

פיזיותרפיה - שיפור בטווחי תנועה + ניידות

מנוחה עוד כ-3 שבועות

ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה	03/10/2023	
אישור	אישור מחלה	03/10/2023	26/10/2023

002532185411



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 03/10/2023

תאריך הפיענוח: 03/10/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23658005

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

ביקורת של שבר

ממצאים:

שמאל

שבר ידוע ללא תזוזה בפטישון החיצוני .

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

מבצע הבדיקה:

בברכה

ד"ר זינובי קפוסטין

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 28005

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

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

גרסה 1/1



135691



קוד הפניה: 344712977

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל**שם משפחה: מאיר**

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:**מין:** נ

12/01/1993

ת.לידה:

0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:**מכון פיזיותרפיה****תלונות:** בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17 בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-AIRCAST

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18
חודש לאחר שבר בקרסול
רגישות על פני LAT MALLEOLUS
מובלות מינימלית בדורסיפלקציה
רנטגן - שבר בשליבי חיבור

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)
• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - ETOPAN - 16/07/2019

• DESLORATADINE 5MG X 30 1X1X90
• EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

תרופות קבועות:**מעשנת: לא**

סיבת ההפניה: הפעלת קרסול /שיחזור טווחי תנועה + דורסיפלקציה
הדרכה



135691



קוד הפניה: 344712977

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:



0308237395

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/10/2023 עד תאריך - 31/03/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/10/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 03/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/10/2023 עד יום: 26/10/2023 סה"כ: 24 ימים.

03/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 28/01/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



135691

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

תמצית הביקור מתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42

תאריך הביקור: 28/01/2024

המלצות למטופל: פיזיותרפיה - שיפור בטווי תנועה פלנטר/דורסיפלקציה
ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002650467871

גיל: 31

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 5046787

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-AIRCAST

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18
חודש לאחר שבר בקרסול
רגישות על פני LAT MALLEOLUS
מובלות מינימלית בדורסיפלקציה
רנטגן - שבר בשליבי חיבור

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29
בבדיקה מוגבלות מינימלית בטווי תנועה בקרסול

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

המלצות למטופל:

פיזיותרפיה - שיפור בטווי תנועה פלנטר/דורסיפלקציה
ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ד"ר גיידוק אלכסנדר
מומחה באורתופדיה
מ.ר. 1350