

הודעת ערעור

מוגש בזאת לבית הדין הנכבד ערעורו של מר יובל הררי (להלן: "המערער") על החלטת המשיב מיום 21.3.21.

רקע

1. המערער, יליד 20.11.69, נפגע בתאריך 1.1.21 בתאונה (להלן: "התאונה").
2. התאונה אירעה במסגרת עבודתו ועל כן הוגשה תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.
3. תביעה זו התבררה ע"י המשיב וביום 21.3.21 שלח את החלטתו, לפיה:
"מעיון בפרטי תביעתך ובמסמכים שצורפו אליה לא הוכח כי בתאריך 1/1/2021 אירע לך אירוע תאונתי כלשהו במהלך עבודתך ואשר הביא לנפחות בבהן 1 כף רגל ימין.
הפגימה הנטענת נובעת מתהליך תחלואתי טבעי שאינו קשור בעבודה" (להלן: "ההחלטה").
רצ"ב החלטת המשיב, מסומנת "1".
4. המשיב אשר כלל לא טורח לברר את אשר אירע מחליט כי המדובר הוא בתהליך תחלואתי טבעי בניגוד גמור לכל המצוי בפניו ולחומר הראייתי והרפואי. ויובהר זה עתה, גם בהינתן מצב תחלואתי, אין בכך כדי לשלול כי המערער נפגע בתאונה כפי שקרה במקרהו של המערער.
5. החלטת המשיב, שרירותית, לא מבוססת, עומדת בניגוד גמור לנסיבות המקרה ולראיות בתיק זה ומכאן הערעור.

ואלה נימוקי הערעור:

6. המערער עובד בפינוי אשפה בעיריית פתח תקווה. עיסוקו כרוך בעבודה פיזית, מונוטונית ונמרצת של ירידה מהמשאית, לקיחת פחי אשפה, ריקונם למשאית והחזרתם.
7. ביום 1.1.21, בסביבות השעה 08:00, במסגרת עבודתו קיבל המערער מכה בחלק הקידמי של כף רגל ימין והחל לסבול מכאבים. המערער קיווה כי מכאוביו אלה יחלפו **ובלית ברירה**, נאלץ להמשיך בביצוע עבודתו בה הוא נדרש לבצע את עבודתו אשר עניינה בפינוי וריקון אשפה בהתאם לקו.

8. כאן המקום לציין כי העבודה אותה ביצע המערער הינה פיזית מאוד ונעשית בזריזות ובמהירות על מנת שלא להפריע לתנועה ולסובבים במקום.

9. בחלוף זמן קצר הלכו הכאבים והתגברו באופן אשר לא הותיר מקום לספק, רגלו התנפחה, הוא התקשה בדריכה ונאלץ לפנות לקבלת טיפול רפואי. עוד באותו היום, בשעה 13:00 התקבל התובע בבית החולים בילינסון, בפתח תקווה, שם נשלל החשד לשבר ובסיכום נרשם כדלקמן:

"נפיחות ברגל ימין, באגודל ימין, שם לב לכאבים ביום קבלתו עובד בפינוי אשפה ויכול להיות שקיבל מכה..."

לסיכום חשד גבוה ל-GOUT אך ב-DD גם צלוליטיס או פשוט חבלה".

10. המערער המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה כשהוא צולע ומתקשה בהליכה מחמת המכה שקיבל ברגל ימין ותוצאותיה אשר כללו, בין היתר, נפיחות וכאב עז.

11. המערער הופנה להמשך מעקב רפואי וביצוע בדיקות וניתן לו טיפול תרופתי במטרה להקל על הסימפטומים מהם סבל ועל מנת לשכך את הכאב.

12. המערער ביצע מספר בדיקות הדמיה, לרבות אולטראסאונד ובדיקת MRI הדגימו סימנים אובייקטיביים המעידים על אירוע חבלתי (להבדיל מהליך תחלואתי). כן, ביצע בדיקות מעבדה אשר שללו כי המדובר בהתלקחות של מחלת GOUT.

13. המערער אשר המשיך לסבול מכאבים וקושי בתפקוד רגל ימין נבדק, בין היתר, ע"י רופא תעסוקתי שקבע כי הוא אינו כשיר לעבודתו עד ליום 21.6.21, וקבע כי לאחר מועד זה יוכל לחזור בהתאם להגבלות.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "2 – 15"

14. כבר בשלב זה ומעיון בתיעוד הרפואי ניתן להיווכח כי המדובר הוא האירוע תאונתי אשר אירע במסגרת העבודה וכתוצאה ממנה, אולם, לא נסתפק באמור אלא נבחן את האמור ביתר הטפסים אשר יש בהם כדי להעיד על האירוע.

15. קביעת המשיב עומדת בניגוד גמור למדע הרפואה ולהגיון. מצב רפואי תחלואתי לא שולל אירוע חבלתי אשר אירע. קביעת המשיב לפיה הנפיחות אשר הביאה לאובדן כושר זמני אינה נעוצה באירוע חבלתי, אלא, בתחלואה אשר אינה קשורה, כלל לא מבוססת וחוטאת לאמת תוך פגיעה אנושה בזכויותיו של המערער.

16. בטופס התביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה נכתב בחלק של תיאור הפגיעה כדלקמן:

"העובד במהלך משמרת קיבל מכה מהפח ברגל ימין בכף הרגל וכתוצאה מכך הנתפחה לעובד הרגל ולא יכל לדרוך על כף הרגל הימנית".

17. האמור נכתב ע"י מנהלו של התובע

18. בטופס דיווח על תאונת עבודה של אגף התברואה והרכב אשר מולא לאחר התאונה ונחתם ביום 12/1/21 נכתב כדלקמן:

"העובד במהלך משמרת קיבל מכה מהפח ברגל ימין בכף הרגל".

19. כאן המקום לציין כי לתאונה היו שני עדים, עובד אשר עבד עימו מר שרון בן חמו ונהג רכב האשפה, מר יוסי לוי.

רצ"ב העתק טופס ב"ל 250 וטופס דיווח על תאונת עבודה לאגף התברואה, מסומנים "16 – 17".

20. **המשיב לא טרח לבצע חקירה מקיפה ולא טרח לתשאל את הגורמים הרלוונטיים, אלא, קבע קביעה שרירותית שאינה מבוססת תוך פגיעה אנושה במערער ובזכויותיו.**

21. המערער יטען כי החלטת המשיב שרירותית ושגויה.

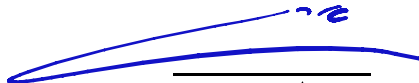
22. המערער יטען שמכלול הראיות והנסיבות מצביעות על כך שהיה אירוע תאונתי וכי המערער נפגע בו במסגרת עבודתו.

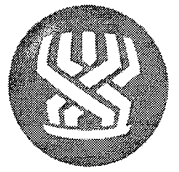
23. בנוסף, יטען המערער כי החלטת המשיב הינה החלטה שרירותית, לא מבוססת ולא צודקת. כן יטען המערער כי בהחלטתו זו חטא המשיב לאמת ולתפקידו הסוציאלי מכח החוק.

24. אשר על כן, מתבקש בית הדין הנכבד כדלקמן :

25. לבטל את החלטת המשיב וליתן החלטה לפיה המערער היה מעורב בתאונת עבודה כהגדרתה בחוק.

26. לחייב את המשיב בהוצאות המשפט של המערער לרבות שכ"ט עו"ד בתוספת מע"מ כחוק.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ המערער



טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9114822
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: פתח תקווה

רוטשילד 72

פתח תקווה 4947332

תיק: 024575441-60-06

1 מתוך 1



לכבוד
יובל הררי
הנצחון 3
פתח תקווה 4958150



תיק: 024575441-60-06

ח' בניסן, תשפ"א
21 במרץ 2021

מספר תיק:	02457544-1
תאריך פגיעה:	01/01/2021

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעתך לתשלום דמי פגיעה - לתאונה מתאריך 01/01/2021

אנו מצטערים להודיעך, כי עלינו לדחות את תביעתך הנ"ל לתשלום דמי פגיעה, על פי הוראות סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, ומהנימוקים הבאים:

על פי האמור בסעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, "תאונת עבודה" היא תאונה שאירעה לעובד תוך כדי ועקב עבודתו אצל מעבידו או מטעמו.

מעיון בפרטי תביעתך ובמסמכים שצורפו אליה לא הוכח כי בתאריך 01/01/2021 אירע לך אירוע תאונתי כלשהו במהלך עבודתך ואשר הביא לנפיחות בבהן 1 כף רגל ימין.

הפגימה הנטענת נובעת מתהליך תחלואתי טבעי שאינו קשור בעבודה.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו. את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ברח' הרב יצחק ניסנבוים (בת 7 ים 59620, תוך 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,
זכאי ורד
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: הררי תאריך לידה: 20/11/1969
שם פרטי: יובל ת. זהות: 2457544-1
סוג דם: שם האב: נחמיה
מלרד - אגף מהלכים :
פרופ' דרשר מיכאל מ.ר. 24432 :
אח/אחות אחראיים: גרינברג תמי

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	01/01/21 14:07	01/01/21 13:49
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/l)			נפסל - סרום/פלסמה המוליטי
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dl)	0.000-0.500		0.180

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	פרופיל
100 cc(ml) Drug Dosage: 100 ml+1000 mg	INJ	01/01/2021 17:39	Duration:1 hourRate:100 ml/hourTotal Volume:100 cc(ml), Once Rate from nurse:100 ml/hour	OPTALGIN INJ 1000 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% INJ 100 ml	IntraVenous

מהלך ודיון

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
01/01/2021 17:27	דר' שירין דור מ.ר. 1016776	בן 51 בריא בדרך כלל לא לוקח תרופות	מחלה נוכחית =====
			נפיחות ברגל ימין, באגודל ימין, שם לב לכאבים ביום קבלתו עובד בפינוי אשפה ויכול להיות שקיבל מכה ללא חום וללא צמרמורות מעבדה ספירה: תקינה לחלוטין כימיה: תקינה צילום כף רגל
01/01/2021 18:27	דר' שירין דור מ.ר. 1016776	ייעוץ אורתופד - ללא ממצא גרמי חריף	
01/01/2021 18:30	דר' שירין דור מ.ר. 1016776	לסיכום חשד גבוה ל-GOUT אך ב-DD גם צלוליטיס או פשוט חבלה נשחרר עם NSAIDS ו-PPI	

המלצות

המלצה: NAPROXEN פעמיים ביום לפי מרשם, לשתות הרבה עם הטיפול
-אומפרדקס לפי מרשם
יש לעקב מבחינת אודם מקומי
בכל שינוי או החמרה יש לפנות למוקד רפואי זמין

מחוז:דן פתח תקווה מרפאה:הדר גנים - רופאים עצמאיים-פתח תקווה

07/01/2021 תאריך

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		הררי יובל		00-02457544-1		51.02	ז	20/11/1969	נחמיה
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		מין		ת.לידה	
שם האב									
פתח תקווה	הנצחון	3 / 1	50 - 2143391	50 - 2143391	50 - 2143391				
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף				

שעת התאונה: 08:00

תאריך תאונה: 01/01/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובתו: עיריית פתח תקוה, יקוטיאל אדם, 3

תאור התאונה: קיבל מכה בכף רגל מפח זבל

קוד	איפיון	אבחנה	אבחנות
9242		CONTUSION ANKLE AND FOOT	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אִינֹה מְסוּגֵלִית לַעֲסוֹק בַּעֲבוֹדָתוֹ/הּ וְאִם לֹא בַּעֲבוֹדָה אַחֶרֶת

מיום 03/01/2021 עד יום 12/01/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/01/2021

07/01/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אלכסנדר ז'וצ'נקו

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

ותעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

י מ י ט

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

07/01/2021

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר ז'וצ'נקו

00-02457544-1

הַרְרִי יוֹבֵל

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה: הדר גנים - רופאים עצמאיים-פתח תקווה מחוז: דן-פ"ת

01/02/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		הררי יובל	
שם משפחה ושם פרטי	00-02457544-1	51.02	20/11/1969
מס זהות	גיל	ז	נחמיה
שם האב	מין	ת. לידה	שם האב
50 - 2143391	50 - 2143391	3 / 1	50 - 2143391
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	טלפון
הנצחון	רחוב	פתח תקווה	ישוב

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 01/01/2021

מספר הפניה ישירה: 35428165083

מספר רשיון תז נבדק מספר הפניה גורם שולח

שירות שנבחר	קוד	קוד שירות	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	70017	בדיקת רופא אורתופד	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 07/01/2021:
עובד עירייה בפינוי אשפה
קיבל מכה מפח בכף רגל ימין
נבדק במיון
רגל התפחה, כאבים
13/01/2021
עדיין כאבים בפרק בוחן שמאל. נפיחות, רגישות
26/01/2021
עדיין כאבים באצבע. זקוק להמשך ח.מ.
01/02/2021

היה שיפור תחת טיפול בקולכיצין. היפסיק טיפול. כאבים ונפיחות בבוהן חזרו בזמן התקף ב 14/1 עשה בדיקת דם CRP היה תקין וגם UA

סימנים חיוניים:
גובה 172 26/05/2019 משקל 86 26/05/2019 bmi 29.07
לחץ דם 125 / 80 26/05/2019
דופק 83 26/05/2019

eGFR 108.1 מתאריך 16/12/2019

FEV1 (%) 77 עודכן ב 09/05/2018 FVC (%) 81 עודכן ב 09/05/2018 FEV1/FVC 0.76

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2

01/02/2021

הודפס ע"י ללי תמיר 00-02457544-1

הפניה לרפואה יועצת

הררי יובל

ממצאים בבדיקה רגישות, נפיחות בבוהן.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9242		CONTUSION ANKLE AND FOOT
2740	?	GOUT ARTHROPATHY

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/01/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/01/2021
 ההפניות שהופקו ב 13/01/2021
 הפניה למעבדה - ביוכימיה, סרו-אימונו, המטולוגיה,
 19/01/2021
 26/01/2021
 01/02/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1987		SMOKER
20/10/2016		FRACTURE OF RIBS 5-7 RT
20/10/2016		PNEUMOTHORAX

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	VIAGRA 100 MG (8) TAB 100MG
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB.160/4.5MCG INH 160

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ללי תמיר

26521

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
 פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
 מפורסמת באתר הכללית

הפניה לרפואה יועצת

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

01/02/2021

הודפס ע"י ללי תמיר 00-02457544-1

הררי יובל

02/02/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		הררי יובל	
שם משפחה ושם פרטי	00-02457544-1	51.02	20/11/1969
מס זהות	גיל	ז	ת.לידה
שם האב	שם האב	נחמיה	נחמיה
50 - 2143391	50 - 2143391	50	50
טלפון נוסף	טלפון	טלפון	טלפון
3 / 1	מס בית	הנצחון	פתח תקווה
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

גורם שולח



2016

מספר הפניה



032016979295

תז נבדק



24575441

מספר רשיון



022835

לכבוד: רופא מטפל

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
2740	SUSP	ARTHRITIS GOUTY

תלונות נבדק במיון בילינסון ביום 01.01.21 עקב נפיחות בבוהן כף רגל ימין

בצילום א.מ.ל.

לדבריו קבל מכה באותו יום, על פי בדיקות דם חשד לגאوت

טופל עם כולכיצין עם שיפור ניכר, היפסיק טיפול וכאבים ונפיחות חזרו

עדיין נפיחות וכאבים בבוהן כף רגל ימין

צליעה ברגל ימין ללא מכשירי עזר, נפיחות עם רגישות מעל מפרק 1MTP כף

רגל ימין, תנועות בוהן מלוות בכאב ומוגבלות, ללא חום מקומי

על פי רישום ב-14.01.21 בדיקות דם CRP וגם UA תקינים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/01/1987		SMOKER
20/10/2016		FRACTURE OF RIBS 5-7 RT
20/10/2016		PNEUMOTHORAX

תרופות קבועות

ב.ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	VIAGRA 100 MG (8) TAB 100MG
ביום	2	שאיפות	1	SYMBICORT TURB.160/4.5MCG INH 160

תאריך 04/02/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
הררי יובל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	נחמיה
שם האב	51.02	20/11/1969	מין	50 - 2143391	50 - 2143391
פתח תקווה	הנצחון	3 / 1	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב				

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 01/01/2021

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9242		CONTUSION ANKLE AND FOOT
2740	?	GOUT ARTHROPATHY

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/02/2021 עד יום 08/02/2021 (בכלל) סה"כ 8 ימים

תאריך מתן התעודה: 04/02/2021
ת. הבדיקה: 04/02/2021

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא ללי תמיר

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

07/02/2021 תאריך

סיכום יעוץ

פרטי המטופל

הררי יובל		00-02457544-1		51.03	ז	20/11/1969	נחמיה
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	מין	ת.לידה	שם האב
פתח תקווה	הנצחון	3 / 1				50 - 2143391	50 - 2143391
ישוב	רחוב	מס בית				טלפון	טלפון נוסף

לכבוד: ד"ר תמיר ללי

תלונות: *התקף של כאבים, אודם ונפיחות באזור בסיס אצבע ראשונה בכף הרגל

ממצאים: *מפרקים חופשיים ללא סימני דלקת, ללא הגבלה בתנועות, בבדיקות URIC ACID 9,7 מג%

אבחנה

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		ARTHRITIS GOUTY

סיכום והמלצות: במידה ויופיעו עוד התקפים ממליץ טיפול מונעה ב ALLORIL

בברכה,

ד"ר תאודור שיפטר

שם הרופא

9128

מספר רשיון

חתימת הרופא



26/02/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
הררי יובל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	51.03	ז	20/11/1969	נחמיה
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	00-02457544-1
50 - 2143391	50 - 2143391	3 / 1	מס בית	הנצחון	רחוב
טלפון נוסף	טלפון	פתיח תקווה	ישוב	פתיח תקווה	ישוב

01/01/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35428166421

גורם שולח



5428

מספר הפניה



035428166421

תז נבדק



24575441

מספר רשיון



020885

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב
70017	בדיקת רופא אורתופד	L9249	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות עדיין סימני דלקת סביב לפרק. NSAID (טרם התקבלה תוצאת הסונר שעשה ב 25/02) ומבקש שיראה גם אורטופד (MRI? מיפוי?)

סימנים חיוניים: גובה 172 26/05/2019 משקל 86 26/05/2019 bmi 29.07

לחץ דם 125 / 80 26/05/2019

דופק 83 26/05/2019

16/12/2019 מתאריך 108.1 eGFR

FEV1 (%) 77 עודכן ב 09/05/2018 FVC (%) 81 עודכן ב 09/05/2018 FEV1/FVC 0.76

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9242		CONTUSION ANKLE AND FOOT

בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
01/01/1987		SMOKER
20/10/2016		FRACTURE OF RIBS 5-7 RT
20/10/2016		PNEUMOTHORAX

עמוד 1 מתוך 1

21/03/2021	ת. ביצוע:	2457544-1	ת"ז:	יובל הררי	נבדק:
24/03/2021	ת. פיענוח:	51 שנים	גיל:	20/11/1969	תאריך לידה:
24/03/2021	ת. הדפסה:	זכר	מין:	(220000) בית חולים השרון,	מוסד מפנה:
				מרפאה אורטופדית, (223310)	גורם מפנה:
				אייל ראו הלר, (0)	רופא מפנה:

ת.מ. MRI גפה תחתונה

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

ת.מ. MRI גפה תחתונה בתאריך 21/03/2021 16:42 מ.ג.: 1205003679809 מבצע: תמיר מאיר נחמיאס; אמיל פרישקולניק;
ת.מ. MRI קרסול / כף רגל / אצבעות ימין;

ממצאים:

הודגמו שינויים בצקתיים סובכונדראלים מפרק ה-MTP הראשון
עם בצקת בבורסה מדיאלי. ללא סימנים של ארוזיות
שינויים ניווניים במפרק בין הססמואידים ל-ראש המסרק הראשון
קיימת בצקת ייתכן קרעים פלנטר PLATE
שינויים שינויים ניוונים ביתר המפרקים MTP

סיכום:

תהליך שנראה או אוסטאוארטריטיס במפרק MTP הראשון עם מרכיבים דלקתיים

24/3/2021 07:29

מספר רשיון: 22389

אושרר ע"י: ד"ר ארנסטו גלזר



סיכום ביקור - מרפאת כף רגל

2457544-1 הררי יובל

בן: 51

כתובת: הנצחון 3 כניסה . פתח תקוה 4958150

מספר קבלה: 2021052783

תאריך ביקור: 18/04/2021 11:48

טלפון: 03-9372548
פקס: 03-9372755

מחלקה: מרפאה אורתופדית כללית
מנהל: דר' יאסין מוסטפא מ.ר. 31338
אח/ות אחראי/ת: מלצר אולגה

תלונה עקרית

תפוחות אצבע 1 כף רגל ימין
החלו טיפול באבחנה של GOUT
מ 1.1.2021 עדיין כאבים, הופנה
לשקילת אפשרות של פגימה באצבע
מעבר לגאוס. מתקשה בעבודתו -
עובד בתברואה.
ב MRI רושם לשינויים שחיקתיים של המפרק
יתכן על רקע מואץ בעקבות החבלה עם בצקת
מקומית וקרעים של ה PLNTAR PLATE

בדיקה גופנית

טוהרים מוגבלים של מפרק ה MTPJ הראשון,
הליפידוס חופשי, רגישות במישוש, ללא אודם
או חום מקומי

הוראות

המשך טיפול

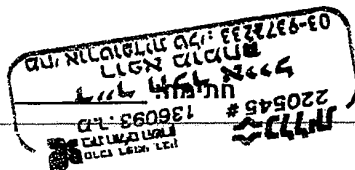
לא

המלצות

1. בדיקת רופא תעסוקתי
2. מדרסים לפי מידת גבס עם הקשחה
3. תחת ראש המסרק הראשון MORTONS EXTENSION
4. פיזיותרפיה:
4. מעקב אורתופד בקהילה

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	18/04/2021 11:51	דר' הלר אייל מ.ר. 36093



נחתם ע"י: דר' הלר אייל מ.ר. 36093

בתאריך: 18/04/2021, 11:53

המסמך הודפס ע"י דר' הלר אייל

חסי איש

תוצאות בדיקות מעבדה

שם משפחה: הררי	ת"ז: 2457544	גיל בעת הפעולה: 51
שם פרטי: יובל	מין: זכר	

גורם שולח: הדר גנים (עמישב מזרח)

תוצאות פרופיל: ביוכימיה

מעבדה: מעבדה מרכזית

תאריך הזמנה: 09/05/2021 08:30

מקור הנתיבים: אוטולאב

תאריך איסוף: 09/05/2021 08:25

מדבקה: 313958570

שם הבדיקה	תוצאה	טווח ריכוזיות	טווח גרע	הערה
GLUCOSE	101	70 - 100 mg/dl	[.....]*	Impaired fasting glucose
UREA	31.90	17.00 - 43.00 mg/dl	[.....*.....]	
CREATININE	0.66	0.67 - 1.17 mg/dl	*[.....]	
URIC ACID	6.7	3.5 - 7.2 mg/dl	[.....*.]	
SODIUM	141.8	135.0 - 145.0 mEq/L	[.....*...]	
POTASSIUM	4.50	3.50 - 5.10 mEq/L	[.....*....]	
CHOLESTEROL	181.0	mg/dl		ערך רצוי קטן מ 200
TRIGLYCERIDES	143	mg/dl		ערך רצוי קטן מ 150
CHOLESTEROL - HDL	42	mg/dl		ערך רצוי גדול מ 40
CHOLESTEROL - LDL calc	110.4	mg/dl		ערך רצוי קטן מ 100
NON-HDL CHOLESTEROL	139	35 - 150 mg/dl	[.....*.]	

** הערך ריכוז תוצאות מעבדה - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 **

מחור |

עמוד |

27/06/2021 08:14

בתאריך:

נבחן מרינה גורעב

הדפס על-ידי:

תאריך 1.8.2021

לכבוד

מר. מנחם

שלום רב,

הנדון: [א] פקדי מ"א 24575441

1. העובד/ת הנ"ל נבדק/ה במחלקה לרפואה תעסוקתית בתאריך 20.6.2021
2. בחתום להמלצת רופא/ת התעסוקה 3-6 חודשים

☐ הנ"ל מסוגלת/ת לחזור לעבודתו בהגבלה של _____ שעות עבודה ביום מתאריך _____ עד _____

☒ הנ"ל מסוגלת/ת לחזור לעבודתו/ה מתאריך 21.6.2021 אך יש למנוע ממנו/ה

ללא שגל נוסף, וללא פיקוח 2-3 חודשים

☐ הנ"ל מסוגלת/ת להמשיך עבודתו הרגילה ללא כל הגבלה החל מתאריך _____

☐ הנ"ל אינו/ה מסוגלת/ת לחזור לעבודה מתאריך _____ עד _____

☒ אחר 3 חודשים 21.6.21 21.9.2021

3. הנ"ל יוזמן/ת תוזמן/ת לביקורת במרפאה 12.9.2021 73%

4. לידיעתך עפ"י חוקת העבודה "הזכאות להיעדר בחלק משעות העבודה על חשבון חופשת מחלה למשך תקופה שלא תעלה על שישה חודשים במשך כל תקופת עבודתך.

בברכה,

ד"ר אביגיל

מנהלת מחלקת
רפואה תעסוקתית

עותק:

גבי סטלה בורוכוב, סמנכ"לית לארגון ופיתוח הון אנושי
גבי נאוה לוי קזמה, מנהלת מחלקת פרישת העובד
גבי סיגל בלחסן, מנהלת מח' נוכחות
גבי נאוה שבתאי, רכזת במח' נוכחות
שם העובד [א] פקדי מ"א (תשומת ליבך לפסקה 4)
ועד עובדים ק"י 31 31-0

* / מסמכים 2020 / טפסים / רופא תעסוקתי -

כללית

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

ד"ר טל חיימוף
מומחה ברפואה תעסוקתית מ.ר. 30728
36305
אבא הייל 77 רמת גן
03-7535320
03-7535321

מרפאה: תעסוקתית רמת גן מחוז: דן/פ"ת

תאריך 20/06/2021

פרטי העובד		הררי יובל	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	51.07
שם האב	ת. לידה	מין	ז
50 - 2143391	50 - 2143391	טלפון	טלפון מסך
הנצחון	מס בית	3	פיתח אשפה
רחוב	מס בית	3	מקום עבודה
כתובת מקום עבודה	כתובת מקום עבודה	פרטי מעסיק	כתובת מעסיק
העליה השניה 1 פ"ת מיקוד: 49100			

טופס סיכום בדיקה רפואית

לכבוד
כח אדם
אח/גברת נכבד/ה,
על סמך הבדיקה הרפואית שנערכה
בתור תברואן

לפי תוצאות ומסקנות הבדיקה הרפואית מיום 20/06/2021
וגם לאחר עיון במסמכים הרפואיים העדכניים שעמדו לרשותי
נמצא כי הנ"ל: כשיר להמשיך לעבוד בעיסוקו ללא שעות נוספות וללא עבודה בשני אזורים. זאת
למשך 3 חודשים.

הערות: ביקורת ב 12.9.21 בשעה 7:30
מומלץ על ביצוע התאמות סבירות שיאפשרו את העסקת העובד/ת בתחנת העבודה
הנדונה- בהתאם לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

מס' דן פ"ת 04-602
36305
ד"ר טל חיימוף
מומחה ברפואה תעסוקתית
מחוז דן/פ"ת

36305

מס' רישיון

ד"ר טל חיימוף

שם רופא

העתקים:

רופא מטפל.
נבדק/ת.

סיכום בדיקה רפואית
הררי יובל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 1
20/06/2021
הודפס ע"י ד"ר טל חיימוף
00-02457544-1

חקבות
כללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים השרון

סיכום ביקור - מרפאת כף רגל

2457544-1 הררי יובל

בן: 52

כתובת: הנצחון 3 כניסה, פתח תקוה 4958150

מספר קבלה: 2021186873

תאריך ביקור: 26/12/2021 12:37

טלפון: 03-9372548
פקס: 03-9372755

מחלקה: מרפאה אורתופדית כללית
מנהל: דר' יאסין מוסטפא מ.ר. 31338
אח/ת אחראית: מלצר אולגה

תלונה עקרית

תפוחות אצבע 1 כף רגל ימין
החל טיפול באבחנה של GOUT
מ 1.1.2021 עד יין סאבים, הופנה
לשקילת אפשרות של פגימה באצבע
מעבר לגאוס. מתקשה בעבודתו -
עבד בתברואה.
ב MRI רשם לשינויים שחיקתיים של המפרק
יתכן על רקע מואץ בעקבות החבלה עם בצקת
מקומית וקרעים של ה PLNTAR PLATE

בדיקה גופנית

סנחים מוגבלים של מפרק ה MTPJ הראשון.
הלפידוס חופשי, רגישות במישוש, ללא אודם
או חום מקומי

הוראות

מהלך ודיון

מתקשה בעבודה ממושכת
נבדק על ידי רופא תעסוקתי
אושרו המגבלות

המשך טיפול

פעולה

הערה	מועד המשך טיפול	קוד פעולה	בדיקת רופא אורתופד במרפאה
	6 חודשים	70017	

המלצות

1. טיפולים ברפואה משלימה - מומלץ דיקור, שיאצו או רפלקסולוגיה
2. ללא עבודה עם הליכה או עמידה ממושכת
3. מעקב מרפאתינו 6 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	26/12/2021 12:41	דר' הלר אייל מ.ר. 36093

נחתם ע"י: דר' הלר אייל מ.ר. 36093

בטאריך: 26/12/2021, 12:41

המסמך הודפס ע"י דר' הלר אייל

ד"ר חסד איש



אגף התברואה והרכב

טופס דיווח על תאונת עבודה

לכבוד

מר מאיר סאיג
הממונה על בטיחות וגיהות

הרינו להודיעך על תאונת עבודה שפרטיה להלן:

(1) פרטי הנפגע

שם משפחה: רובי שם פרטי: אלי ת.ז.: 2457541
 כתובת מגורים: כנרת 3 טלפון: 2143392
 תאריך לידה: 24/11/1969 תאריך תחילת עבודה: _____
 תפקיד: מפנה אשפה/חלוצ/מחזיר פחים ותק בתפקיד: _____
 שם הממונה הישיר: יעקב ממן

(2) פרטי התאונה

תאריך התאונה: 11/12 שעת התאונה: 8⁰⁰
 שעת תחילת עבודה: 06⁰⁰ קיבל טיפול ב: הימני חלקי גוף
 מקום התאונה: במסלול
 מהות העיסוק בעת התאונה: בניית גשר
 תיאור התאונה: הנפגע נפל מדוכ
לפני מפתח הכניסה למבנה
 עדים לתאונה: שם הנפגע חנהג: א.א.
 איברי גוף שנפגעו: כף ימין
 ימי היעדרות מ: _____ עד: _____

(3) פרטי ממלא הטופס

שם ממלא הטופס: א.א. כהן תפקיד: מנהל
 אגף/מתלקה: התברואה והרכב טלפון: 03-5433813
 חתימה: א.א. כהן תאריך: 12/12

העתק: תיק בטיחות יחידה

פסיכומטרי לאדם הנפגע
 כעבור 30 יום מיום התאונה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור

יום חודש שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה .



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, גא עיין בדברי ההסבר שב'עמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
חברת כחמ מוצר		924000318		1013043318131
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
ירושלם 43	3	כפר סביר		10131913121316114

לכבוד קופת חולים / בית תולים

נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות / דרכון ס"ב	
כרר		וה		זכר נקבה		1214151617181920	
כתובת							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
21310		3				הס	
טלפון קווי		טלפון נייד					
0111111111		01501413121110					

3
 נפגע בתאריך 21.12.2011 בשעה 10:18 כאשר עבד ב לוגי פקידים
 שנה חודש יום
 מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ה. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר
 כתובת מקום התאונה כח כנסת ישראלי פנה
 תיאור התאונה האירוע התרחש במהלך עבודתו של העובד כח כנסת ישראלי פנה
אחרי שהתחיל לעבוד בחדר המלאכה של חדר המלאכה
האירוע התרחש כאשר העובד היה עומד בחדר המלאכה
כשהוא עומד בחדר המלאכה והוא היה עומד בחדר המלאכה
 שם המאשף יעקב ממו תפקידו מנהל מחלקת פינוי אשפה תזמית וחלוקת המפעל א יעקב ממו

4. למילוי: המוסד המלא: _____

☐ חשבון חבר בקופת חולים ☐ גילית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הפועל-אגודת חברי בקופת חולים

☐ מחזורי המזון (אצל מוסד המזון): _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר רחוב 02455444 מרחוב הנהל ז ה,
ת.ז. מס' 02455444, מרחוב הנהל ז ה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הנהל ז ה להיות באי כוחי במשפט של
נגד הנהל ז ה בענין תאונת דרכים מיום הנהל ז ה
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 פסי"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.

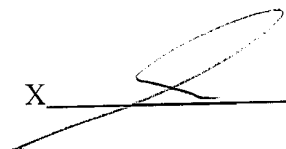
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 13 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשום: 62259
עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה הרצ'ה שם פרטי י(ר) תעודת זהות 024575441 שם האב אחיה
מס' 3 עיר פתח מיקוד 0502/43391 טלפון

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

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

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

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

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

חלק ב'
שם קופ"ח: 15 סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 13.6.21 עד לחתימה ומס' חתימה: _____ חתימה: _____ X

עו"ד אריאל פריינברג
 תמס' דש"ח: 52254