



Freiberg Raskin

Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

28 פברואר 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
ענף נפגעי עבודה
המוסד לביטוח לאומי

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 5.2.24
הנפגע: מרדכי ציוני, ת.ז. 039642442

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף תעודות רפואיות.
2. כן, מצ"ב יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

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

39642442

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 8

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

חותמות קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע

1

שם משפחה
ציוני

שם פרטי

יוצא

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

039642442

טלפון נייד

0535446068

דואר אלקטרוני:

@

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

שם משפחה איש קשר

שם פרטי איש קשר

מס' זהות איש קשר

ס"ב

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעך, אם לא סימנת "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	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

2

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל

תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

טלפון קווי

טלפון נייד

מספר פקס

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

האם יש קרבה משפחתית בין 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

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

טלפון קווי

טלפון נייד

טלפון פקס

39642442

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 2 מתוך 8

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ 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

תאריך הפגיעה

שנה 2024 חודש 05 יום 05

שעת הפגיעה

15:00

היום בשבוע

ש

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ 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
כדת צלום א, רצ צלום א, צלום אחר לא אירעו נזקים נוספים

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

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על קפוצ'ין הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מזוהה החבלה
(לדוגמה: שבר, שיער, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

שבר

בית חולים קרית יואל

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

21.3.21

05.02.2021

שעה

שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא

תחום המומחיות

כתובת המרפאה
שבה טופלתי או אני מטופל

טלפון המרפאה

ידי

5

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 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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

כתובת

טלפון

03-7412358

אילן ד. רמתי

אילן ד. רמתי

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 _____

כתובת _____ מס' פקס _____ מס' טלפון _____

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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2024	02	05	2024	02	05

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

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 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

שמות בעלי החשוב

מחזור 300 301 302

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מספר חשוב

מס' סניף

364652

134

ק"ת ש"ל

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 שנסמתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח כאופן דיגיטאלי (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 מהוה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בהפחתה, 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 למסד למוסד לזכאותי.

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 מושגי התשלומים.

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

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, הודיע יישלם באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 28.2.24
פרטי מגיש התביעה: שאינו הופגש

שם פרטי

שם משפחה

מספר דואר

קרבה לתובע

טלפון 171

11/19/70

דואר אלקטרוני:

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא פטור ופנסיה, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרףם לתיביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה

בל/ 211 (09.2023)

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקן 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 הקן לדמי מחלה _____

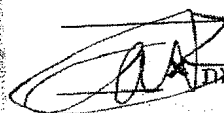
(שם הקן)

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: 28.2.24 תפקיד החותם: דניאל שם החותם/יחיד: ציוני חתימה וחותמת: _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה וגעדר מותאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאשר לפי סעיף 343:

☐ אולי מעסיק מאשר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן).

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

☒ חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

הותמת 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

039642442

תאריך הפגיעה

05/02/2024

שנה חודש יום

שם משפחה

זל

שם פרטי

אברהם

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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח *

21.2.24

תאריך

אישור בעלות בחשבון

סניף: 134 | מספר חשבון: 364652 | תאריך: 07/05/2023 | שעה: 23:05

תאריך: 07/05/2023

לכבוד: ציוני ורד ו/או ציוני מרדכי

הנדון: חשבון מס' 364652, סניף 134

לבקשתך, הננו לאשר כי החשבון שבנדון רשום בספרנו על שם:

שם לקוח	מספר זיהוי	מדינה
ציוני מרדכי	039642442	212 ישראל
ציוני ורד	301795670	212 ישראל

בכבוד רב,

הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ

סניף: קרית אילון

מ.ד. גורם מפקח



114787



מוקד רפואה דחופה

ד"ר שרמן חגי

טראומטולוגיה

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ציוני

שם פרטי: מרדכי

ת.ז.: 39642442

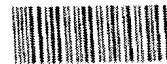
ת.לידה: 02/09/1984

מין: ז

טלפון: 0583209959

טל.עבודה/נייד: 0535446068

שז"ר זלמן 49/31, תל אביב - יפו



0039642442

מיקוד 6819046

מכתב שחרור

תאריך:

05/02/2024

שעת קבלה: 21:37

שעת שחרור: 22:40

סיבת הפניה:

בעבודתו כגנן נפילה במדרגות וחבלת כף רגל ימין
נפילות בכף רגל ללא פצעים
צילום שבר קלקנאוס ללא תזוזה
קובע בסד גבס אחורי
המלצות
נגד כאבים
רגל מורמת
חופש מחלה 3 חודשים
קביים
CT כף רגל וקרסול בשבוע הקרוב
ביקורת אורתופד בקופ"ח עוד שבוע

רגישויות:

לא

תרופות קבועות:

- RITALIN LA 30MG X 30 (1X1X30)
- RITALIN 10MG X 30 (1X2X30)

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
05/02/2024	21:50	לחץ דם	135/59
05/02/2024	21:50	דופק	103

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
05/02/2024	21:49	אומדן כאב	עוצמה: 9	
05/02/2024	21:50	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
05/02/2024	21:50	מיזן ראשוני - TRIAGE		
05/02/2024	21:50	הכוונה לגורם מטפל אחר		
05/02/2024	22:19	זריקת תוך שרירית IM		רופא מוקד טראומה
			ABITREN 75MG X 10 [מינון] [mg 75]	

5867

פניית



טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

סרטי הנבדק:

שם משפחה: ציוני

שם פרטי: מרדכי

ת.ז.: 39642442

טל.עבודה/נייד: 0535446068

0583209959

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 02/09/1984

שז"ר זלמן 49/31, תל אביב - יפו

כתובת:



0039642442

מיקוד 6819046

מכתב שחרור

מכון רנטגן: קריסטל ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS), כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP), כף רגל ימין TRUE LATERAL
אחות: זריקה תוך שרירית IM
אבחנה:

- CONTUSION
- FRACTURE CALCANEUS CLOSED

טיפולים:

POP BELOW KNEE X 1

תרופות שניתנו:

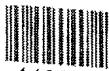
ZALDIAR 325/37.5MG - (למשך 14 ימים) 1 X 4

ד"ר שרון חבי

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד: נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב. את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה.

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה. מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



119033

קוד הפניה: 365573735

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

מכבי
ד"ר ערן בית
רופא אורתופד
מ.ר. 119033

כירורגיה אורתופדית

פרטי הגבדק:

ת.ז.: 39642442

שם פרטי: מרדכי

שם משפחה: ציוני

טל.עבודה/נייד: 0535446068

0583209959

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 02/09/1984



0039642442

מיקוד 6819046

שז"ר זלמן 49/31, תל אביב - יפו

כתובת:

מרפאות חיצ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול

קוד

9943 בדיקת רופא

נתן שירות: מ.ר. אסף הרופא (בי"ח/קרן)

אורתופדיה

מחלקה:

מטרת ההפניה: שבר קלקנאוס, בשאלה של ניתוח - נא לתאם בהקדם

תלונות:

בן 39, בריא בד"כ, ללא רגישות לתרופות.

עובד כגנן. לפני שבועיים נפל בעבודה.

פנה למוקד שם צולם. הועלה חשד לשבר קלקנאוס.

הושם בסד גבס והומלץ על השלמת CT

לפני שבוע השלים CT וכעת הגיע אליי בפעם הראשונה.

נינוח, מתנייד עם סד גבס וקבים.

ב-CT, טרם התקבל פענוח רשמי, אך ניתן להתרשם משבר קלקנאוס, סנדרס 3 עם מרכיב ריסוק לטרלי.

בהורדת הגבס המטומות בספיגה, נפיחות צפויה לאחר השבר המדובר.

ללא חסר NV.

בצילום היום, עמדה טובה של המפרק התת טלרי בצילום לטרלי, אך ב-HARRIS ניתן לזהות את הפרגמנט שהתרשמתי ב-CT שמקורו בטלוס לטרלית ויכול להפריע לתנועה בין התת טלרית.

שוחחנו על הממצאים ועל אפשרויות הטיפול שמרני מול ניתוח.

יופנה להערכת מומחה כף רגל בבית חולים בשאלה של צורך בהתערבות

יופנה בהקדם לאור הזמן שעבר מהחבלה

הוחזר לסד גבס

בכל החמרה נא לפנות לטיפול רפואי בהקדם

אבחנה:

• FRACTURE CALCANEUS CLOSED

רגישויות: 15/09/2019 - לא -

מטופל באופן קבוע ב-

- RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30
- RITALIN 10MG X 30 1X2X30

מכון CT

הנדון: ציוני, מרדכי, ת.ז: 039642442 תאריך לידה: 02/09/1984

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 13/02/2024

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של קרסול וכף רגל ימין:
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים עם שחזורים במישורים קורונליים וסג'טליים, ללא הזרקת חומר ניגוד.

סיבת הבדיקה: מעקב לאחר אירוע חבלתי.

ממצאים:

מודגם שבר מרוסק בקלקנאוס עם מעורבות משטח מפרקי סובטלרי עם גלישה לטרלית של פרגמנט גרמי ל-7 מ"מ.
פסגת הטלוס הודגמה שמורה.
המשטחים הפרקיים הטיביו-טלרי הודגמו שמורים.
מהלך גידים חוצי הקרסול הודגם שמור.

סיכום: ממצאים כמתואר.

בברכה,
ד"ר צוקרמן לב
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 37208

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה "ניתן לפניות של רופאים בלבד!"

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

ד"ר חן טנגיס

מומחה ברפואה פנימית

מס' רשיון: 31040

כתובת: שנקר 7, חולון

טלפון: 03-5040538

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה ציוני		שם פרטי מרדכי		שם האב לא ידוע		מס' זהווי 39642442		שכיר/עצמאי עצמאי	
ישוב תל אביב - יפו		רחוב שז"ר זלמן		מס' 49		מיקוד 6819046		שנת לידה 1984	
חבר (כל) כ									
שם המעביד וכתובתו עצמאי				טלפון 0535446068		מקצוע			
ת. פגיעה 05/02/2024				שעה 15:00		התעסקות בשעת הפגיעה			
האיבר שנפגע רגל ימין				שם הרופא המטפל ד"ר חן טנגיס				נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 11/02/2024 בשעה 10:05:57 לאחר נפילה וחבלה בכף רגל ימין בזמן עבודתו נבדק במוקד צילום - שבר בקלקאנוס ללא תזוזה טופל בסד גבס אחורי הומלץ לבצע CT כף רגל וקרטול ימין

בביקור בתאריך 18/02/2024 בשעה 10:38:32 הביא טופס 2201

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 18/02/2024 בשעה 10:38:32

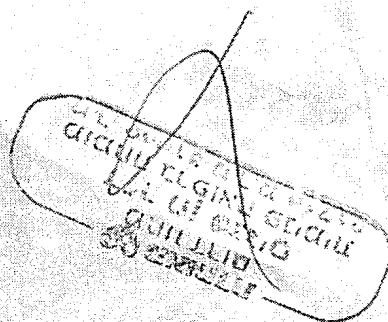
אבחנה:

• FRACTURE CALCANEUS CLOSED Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.





119033

קוד הפניה: 365573068



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ציוני	שם פרטי: מרדכי	ת.ז.: 39642442
ת.לידה: 02/09/1984	מין: ז	טלפון: 0583209959	טל. עבודה/נייד: 0535446068
כתובת: שז"ר זלמן 49/31, תל אביב-יפו	מיקוד: 6819046		



0039642442

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000267545187

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 19/02/2024 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

* FRACTURE CALCANEUS CLOSED

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזנים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
מגף הליכה (קרטול) עם ניפוח לשבר/ פצע כרוני-ארוך-ימין	1	1	93077	כן	כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 19/05/2024

19/02/2024

תאריך

חתימה וחותמת

מכבי בית נח
ד"ר עמרם אורטופד
רופא אורתופדי
119033

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 ניתן 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"י וכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"י, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

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

ימיים 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



מסמך אשר
דינטיק
מנבי

טלפון: 03-5025252
פקס: 03-5025242
כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ציוני	שם פרטי: מרדכי	ת.ז.: 39642442
	ת.לידה: 02/09/1984	טלפון: 0583209959	טל.עבודה/בייד: 0535446068
כתובת: שז"ר זלמן 49/31, תל אביב - יפו	מין: ז	מיקוד: 6819046	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 19/02/2024 עד יום: 30/03/2024 סה"כ: 41 ימים.

19/02/2024

תאריך

מנבי
גורן בית נר
יהא אורחופד
119033
חתימה וחותמת הרופא

מכון CT

הנדון: ציוני, מרדכי, ת.ז: 039642442 תאריך לידה: 02/09/1984

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 13/02/2024

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של קרסול וכף רגל ימין:
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאליים עם שחזורים במישורים קורונליים וסגיטליים, ללא הזרקת חומר ניגוד.

סיבת הבדיקה: מעקב לאחר אירוע חבלתי.

ממצאים:
מודגם שבר מרוסק בקלקנאוס עם מעורבות משטח מפרקי סובטלרי עם גלישה לטרלית של פרגמנט גרמי ל-7 מ"מ.
פסגת הטלוס הודגמה שמורה.
המשטחים הפרקיים הטיביו-טלרי הודגמו שמורים.
מהלך גידים חוצי הקרסול הודגם שמור.

סיכום: ממצאים כמתואר.

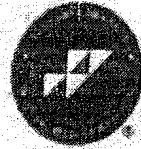
בברכה,
ד"ר צוקרמן לב
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 37208

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה ינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



המרכז
 הרפואי
 שמיר



מרפאת כף רגל וקרסול
 מנהלת מרפאה: פרופ' מירבסקי יגאל מ.ר. 13101

טל 08-9779610 מק 08-9779611

רפואי

הפרק המלל במסמך זה מוגן על ידי זכויות היוצרים, חשבוני - 1996 וזמן הנתן הפרטיות, תשלום - 1981 וכן למסור אותו לא את תוכנו ולא אזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ואין גוף אלא בהתאם לרשימת חוק, מידת המידע בנדר לקבוע בחוקים אלו, מחוץ עבודה

שם משפחה: ציוני	ת. לידה: 02/09/1984 גיל: 39
שם פרטי: מרדכי	ת. זכות: 39642442 מין: זכר
כתובת: משעול היהלום 15/11 חולון 5867825	מצב משפחתי: נשוי/אה 4
טלפון: 053-5446068	שם האב: הרצל שם האם:
זמן קבלה: 12:17 25/02/2024	קופ"ח מכבי
	מספר ביקור: 34897887

זמן הפקת התדפיס: 13:24 25/02/2024

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

בן 39, בריא בד"כ, ללא רגישות לתרופות.
 עובד כחן, לפני 3 שבועות נפל בעבודה. פנה למוקד שם צולם. הועלה חשד לשבר קלקנאוס
 הושם בסד גבס והומלץ על השלמת CT
 לפני קצת פחות משבועיים השלים CT ובדק על ידי ד"ר בית נר לפני מספר ימים בקופה.
 בבדיקתו בקופת החולים המומות בספיגה, נפחות צפויה לאחר השבר המדובר, ללא חסר NV
 ב-CT שבר קלקנאוס סנדרס 3 עם מרכיב ריסוק לטרלי.
 שבר מרוסק בקלקנאוס עם מעורבות משטח מפרקי סבטלרי עם גלישה לטרלית של פרגמנט גרמי ל-7 מ"מ. פסגת הטלס הודגמה
 שמורה.

בצילום ביום המפגש בקופה עמדה טובה של המפרק התת טלרי בצילום לטרלי, אך ב-HARRIS ניתן לזהות את הפרגמנט
 שהתרשמתי ב-CT בין הקלקנאוס לטלס לטרלית.
 לאור המראה ב-CT ובצילום הופנה למרפאה בשאלת התערבות ניתוחית

בבדיקתו היום עם פרופסור תמיר וד"ר בית נר-
 רגל ימין בסד גבס. לאחר הסרתו- שיפור בנפחות מהתיאור במרפאה
 המומות בספיגה מגיע בהונות בצורה טובה.

בסיום הוחזר סד גבס אחורי

בהערכת ההדמייה אנחנו מתרשמים שמכאניקת השבר גרמה להמצאות הפרגמנט ולאיימפינגמנט בין העצמות
 לאור זאת אנחנו מאמינים כי המנועות מהתערבות תגרום לשחיקה סב טלרית בהמשך חייו ולכן אנחנו ממליצים על התערבות ניתוחית
 שוחחנו על המצב, על כך שניתוח לאחר 3 שבועות יהיה קשה יותר ועלול להצריך שבירה מחודשת של פרגמנטים כדי להניעם למקום
 הרצוי.

שוחחנו על תהליך ההחלמה לאחר הניתוח

לאחר ששקל את היתרונות, הסיכיים והסיכונים מעוניין בניתוח
 יתואם לשבוע הבא.

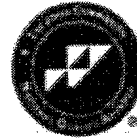
אשפוז יום טרם הניתוח-

יש להגיע אק"ג, צילום חזה, בדיקות דם (CBC, כימיה, תפקודי קרישה)

אבחנת בביקור

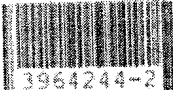
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF CALCANEUS, CLOSED	825.0			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות



המרכז
הרפואי
שמיר



29.02.24	לכבוד
	ציוני מרדכי
3964244-2	משעול היהלום 15/11
	חולון, 5867825

הודעה: זימון למרפאה טרום הרדמה

מר/גב' ציוני מרדכי 3964244-2 מוזמן/ת ביום חמישי 29/02/2024 לשעה 08:00 למרפאה טרום הרדמה מרדים אורטו אמבולטורי בבניין טרום ניתוח A108.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	מחיר ליחידה	כמות
	19268	בדיקת רופא מרדים - א	329 ש"ח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת וניתכנן המהות

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של הרורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תועמלת בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונה דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' זלגל: 08-9779610 מרפאה מס' זלגל: 08-9779611 מרפאה גוא"ל מרפאה:	מס' זלגל: 053-5446068 מרפאה גוא"ל מרפאה: motiz02099@gmail.com
-----------------	---	---

הערות	בדיקת רופא במרפאות ובמכוניות ללא צורך בהתחייבות בעלות של 120 שח הקבלה מותנית בהצגת תעודה מזהה בלבד (ת"ז /רישיון נהיגה/דרכון). מטופל מתחת לגיל 18 יתקבל בלינוי אפוטרופוס ובהצגת ת"ז של הורה. במידה והנך סובל מחום ו/או חסמינים אחרים למחלה מדבקת אין להגיע לשטח ביה"ח. יש ליצור קשר לתיאום מועד חדש. התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם החליטה הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות. במידה ויתבצעו בדיקות/ טיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס התחייבות שהוצג -תחוייב בתשלום/ בהמצאת התחייבות נוספת. במידה והנך מתקשה בהליכה, סובל מסחרחורות, חולשה, ליקוי ראייה או אי יציבות, או שסתמש בצידוד עזר, אנו ממליצים שתגיע עם חלונות. לרשות קיימות עמדות להשאלת כיסא גלגלים במסגרת מרפאות ולחיון. לתשומת ליבכם, בשעות השיא קיים עומס במגרשי החניה ולכן מומלץ לתכנן את הגעתכם בהתאם - איחור עלול להוביל לביטול הביקור.
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

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	
31/1	מר	039642442	_____	
158 / 15	49/31	_____	_____	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	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 מטעמן 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 מטעמן 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: _____ 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: 22.2.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X  חתימה: _____
62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מר רבי' כ"ז
ת.ז. מס' 039(4244), מרחוב 5' ת' 1/2 י"ד
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 5.2.24
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, ונובענה 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 בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר הקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

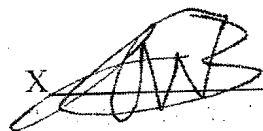
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 22 לחודש 2 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מערך 62254

