

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

14.3.24

באתר

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון : דנה גנוסוב, ת.ז. 013452008
תאונה מיום 6/3/23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

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

הגשת תביעה לנכות מעבודה

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

חובה לצרף לטופס זה

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

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

013452008

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

אנוסיל

שם פרטי

דנה

מספר זהות
ס"ב

013452008

תאריך לידה

שנה חודש יום

מספר אישי בצה"ל

עיסוק

שכיר

מין

זכר

מתנדב

עצמאי

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

התל אביב

מס' בית

15

כניסה

דירה

17

יישוב

ראשון לציון

מיקוד

דואר אלקטרוני:

@

טלפון נייד

0542407772

טלפון קווי

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

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

שם פרטי של איש קשר

שם משפחה של איש קשר

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

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

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

06032023

פרטים על הפגיעה

נפצעתי ביום חודש שנה
במהלך נסיעה ברכבת
במסגרת תפקודי

3

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

70/202 13

יישור

דיירה

ניסוח

בית

במסגרת/סמך דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

κ3

טלפון קווי

משמר הכנסת

צ"ל

☐ משמר אזרחי

□ שר"ס

□ אחר

משטרה ☐

מ'תקצ"ט

מִצִּיּוֹד

ישיב

בית

דואר

תאריך סיום השירות בקבע

תאריך כניסה לשירות קבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

ל ☐ כ ☐

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

4

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

תקופת אשפוז

שם בית החולים

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.

27/10/2019

אני מבוטח בקופ"ח

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

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים והפגנה דמיונית כחץ והלצה
קושי בדחיפה, היציב והלצה מחסור

החלפה

חוסר יציבות
כאבים והפגנה דמיונית כחץ והלצה

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 ותלושי שכר 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 הביטוח?

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

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד 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
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412354

כתובת
אילן היל, רמת גן

שם גורם מסייע
ד"ר משה חיימיר

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

רג 25/10/17

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק		768	14249

לחבר קיבוצ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוצ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 14.3.24 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 14.3.24 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 06/03/2023 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 013452008	קוד גמלה 11
שם פרטי מר	שם משפחה גולן	חבר בקופת חולים
☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 14.3.20 חתימת המבוטח x

ת.ז. 1013452008



שם המבוטח:

בנוסח דנה ג'אג

מין:

נקבה

כינוי:

מאחדת

ת.ל.ז.:

08/06/1968

054-2407772

טלפון:

75429

מיקוד:

הנופר 00016 ראשון לציון

- אורטופד



מס. טופס
3523001380

הבדיקה הדחשה: אורטופד - ICG0005

לכבוד: לכבוד, רופא אורטופד

תלונות החולה:

- היום בבוקר נפלה בזמן העבודה, נפגעה בברך ימין ושוק קדמי יד ימין בזרוע.

בדיקה גופנית:

- נפוחות בברך ימין ושוק קדמי ללא סימני חבלה, הגבלה קשה בתנועות, קושי בהליכה.
- רגישות בזרוע ללא סימני חבלה.

אבחנות:

- ACCIDENT, at the level of 06.03.2023
- CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM right
- CONTUSION KNEE AND/OR LOWER LEG right
- FALLING

דיון והמלצות:

- קיבלה הפניה לצילומים, מופנית לבדיקה ע"י רופא אורטופד
- הומלץ להביא טופס 250 בל

שאלות לבדיקה:

המשך בירור

תודה וכבוד רב

הסטוריה רפואית:

גורמי סיכון

לא שותה אלכוהול. לא מעשנת. פעילות גופנית הליכה 7 פעמים בשבוע. עכשיו מבצע/ת דיאטה.

רגישות לתרופות

IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית

ROXITHROMYCIN גורמת בחילות הקאות ושלשולים

POVIDONE IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית ורגישות לIOD.

Chronic medications in use

Medication	Last presc	Start at	Dosage	Rp
VIT.D3 1000IU CHEW 90TAB	16/03/2021	16/03/2021	PO 2 TAB X 1/day for 30 days	3
OMEPRADAX 20MG 30CAP	20/02/2022	20/02/2022	PO 1 CAP X 2/day for 30 days	3
SAXENDA 6MG/ML 5PRS	04/12/2022	08/06/2021	SC 1 PRS X 1/day for 30 days	3

ת פעילות

Chronic ABDOMINAL PAIN right
Recurrent DIVERTICULITIS COLON
Chronic CONSTIPATION
S/P CHOLELITHIASIS
S/P ATRIAL FIBRILLATION (AF)
HYPERCHOLESTEROLEMIA
GERD
PAIN IN THE KNEE right

FATTY LIVER
Recurrent INFECTION URINARY TRACT UNS . pyelonephritis
OBESITY AND OTHER HYPERALIMENTATION
VITAMIN D DEF UNS
STATUS POST CHOLECYSTECTOMY
STATUS POST BARIATRIC SLEEVE GASTRECTOMY
DIVERTICULOSIS COLON
MORBID OBESITY

רגישות לחומרים

יוד במגע עור, בהזרקה גורמת לתגובה אנפילקטית
אלרגן לא ספציפי גורמת לדרמטיטיס, ALOE VERA

רגישות למזון

ללא סיפור של רגישות למזון



רשיון 27281

טלפק 03-9423111

רפואת פנימית ד"ר פיזנברג לריסה

תחום עיסוק רפואה כללית

סמכות קאפח 4 ראשון לציון



www.mauha.net.co.il

מס' ת"ז:	1-01345200/8	שם:	גנוסוב דנה ג'אנ	מין:	נקבה	גיל:	54.8
כתובת:	ראשון לציון 75429 רח' הנופר מס' 00016	טלפון:	054-2407772				
תאריך בדיקה:	07/03/2023	סוג בדיקה:	צלום ברך				

מכון רנטגן - ראשון לציון - פיקא

פענוח בדיקת הדמיה

רופא מפנה: פיזנברג לריסה

סוג בדיקה: צלום ברך

הבדיקה : צילום ברך ימין AP+LAT

ללא עדות לקו שבר.

זיזים גרמיים בפטלה.

שינויים ארטרוטיים קלים עם מרווח פרקי שמור.

סוג בדיקה: צלום שוק

הבדיקה : צילום שוק ימין AP+LAT

ללא עדות לקו שבר.

בעקב הודגם דורבן פלנטרי.

סוג בדיקה: צלום זרוע

הבדיקה : צילום זרוע ימין AP+LAT

מס' ת"ז:	1-01345200/8	שם:	גנוסוב דנה ג'אנ	מין:	נקבה	גיל:	54.8
כתובת:	ראשון לציון 75429 רח' הנופר מס' 00016	טלפון:	054-2407772				
תאריך בדיקה:	07/03/2023	סוג בדיקה:	צלום ברך				

ללא עדות לקו שבר.

תאריך אישור: 07/03/2023
רופא מאשר: לקר אולגה
מס' רשיון: 34021

ת.ז.	1013452008	שם המבטח	ג'אן דנה דנה ג'אן	מ.ז.	נ.ק.ב.	ב.ק.ט.	מאוחדת	ת.ל.ד.	08/06/1968
כתובת	הנוסר 00016 ראשון לציון	מיקוד	75429	טלפון	054-2407772				



מס. טופס
3520012927

אישור מחלה

הגני לאשר בזאת כי:

אינה מסוגלת לעבוד - מיום 06/03/2023 עד יום 06/04/2023 סה"כ 32 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה



רשיון: 34096

רופא/מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

טלפון: 03-9480808

תחום עיסוק: אורתופדיה

כתובת: פיקא 31 ראשון לציון



מחשם חפא

ת.ז. 1013452008	שם המבוקש:	בנוסח דנה ג'אג	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	08/06/1968
	כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	054-2407772		

15%	ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 2/day for 10 days (PARACETAMOL, CODEINE, CAFFEINE) 72116 הנהח במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם 1 - O.P.	 034096 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המחשם מתאריך: 17/03/2023 עד תאריך: 31/03/2023
85%	ETORICOXIB DEX 90MG 14TAB PO 1 TAB X 1/day for 14 days (ETORICOXIB) 74263 הנהח במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם 1 - O.P.	מס מחשם - 1  12400109 ת. מחשם - 2  1703230082
	XXXXXX	
	XXXXXX	מחשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המחשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה
	XXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פריט גגרי, מוחשה בית המרקחת לספק תרופה גברית זהה שאפשרה על ידי הקופה ששתתפוט המבוטח/ת בגובה הרשום במחשם ולא פחות משיעור זאגרה שבתוקף כי החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות. מחשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמחשם בנוכחותי ז.ד. נחתמה ריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.



רישון: 34096

א/מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

טלפון: 03-9480808

עיסוק: אורתופדיה

כת: פיקא 31 ראשון לציון



ת.ז: 1013452008	שם המבוטח:	גנוסוב דנה ג'אנ	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה: 08/06/1968
כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד: 75429	טלפון: 054-2407772				



מס. טופס
3520012893

הפניה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדרושה: **פיזיותרפיה - PRG0017**

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : קלינית , אנמנסטית CONTUSION RT KNEE עם הגבלה בטווחי הליכה , מתקשה לדרוך לאחר תע 6 למרץ 2023 .
בבדיקה ציר תקין , טווחי תנועות שמורים , רגישות בסדק מפרקי דיפוזי , גידים פנימיים , מכניזם יישור תקין , ללא סימנים מניסקליים ברורים , ללא פחת נירוסקולרי או תפליט , יציבות תקינה .
צילום שיניים ארטרוטיים .

אבחנות:

- CONTUSION RT KNEE
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רופא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	תשיון:	34096	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808	
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציו			

תחום רפואת הרפא

תוספת השפעת הרופא





תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז: 1013452008	שם המבוטח:	גנוסוב דנה ג'אן	מין:	נקבה	ביטוח:	מאחדת	ת.לדה:	08/06/1968
כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	054-2407772			

שם המעביד: חברת דן
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:
שכיר:
רופא מטפל: ד"ר פיזנברג לריסה
נמצא בטיפול מיום: 06/03/2023
תאריך התאונה:

האיבר שנפגע: ברכ ימין, כתב ימין

התעסקות בשעת הפגיעה:

תאור התאונה:

פרטי הטיפולים שנעשו במקום: תרופות נוגי כאבים, טיפול פיזיותרפיה

צילומי רנטגן שנעשו במקום: בוצעה בקי"ח

בדיקה גופנית:

מערכת שלד: העתק מ-17.03.2023: קלינית, אנמנסטית CONTUSION RT KNEE עם הגבלה בטווחי הליכה, מתקשה לדרך לאחר תע 6 למרץ 2023.

בבדיקה ציר תקין, טווחי תנועות שמורים, רגישות בסדק מפרקי דיפוזי, גידים פנימיים, מכניזם יישור תקין, ללא סימנים מניסקליים ברוחם, ללא פחת נירווסקולרי או תפליט, יציבות תקינה. צילום שינויים ארטרוטיים.

ביום 23.03.2023

אבחנות:

- ACCIDENT, at the level of 06.03.2023, work
- CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM right
- CONTUSION KNEE AND/OR LOWER LEG right
- FALLING
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB

נרות: האישור מחלה ניתן בהמלצה של רופא אורטופד

אינה מסוגלת עדיין לעסוק בעבודתה או בעבודה מתאימה אחרת.

שר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגעת הנ"ל ביום: 06/03/2023
היא, שאי כושר זה ימשך מיום 06/03/2023 עד יום 06/04/2023 סה"כ 32 ימים



רשיון: 27281

מטפל: ד"ר פיזנברג לריסה

עיסוק: רפואה כללית

טלפון: 03-9423111

קאפח 4 ראשון לציון





Dan Company for Public Transportation LTD.

חטיבת משאבי אנוש

20 מרץ, 2023 כ"ו אדר, תשפ"ג
סימוכין: דף הנחיות לעובד בתאונת עבודה



-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 14/04/2023
תאריך הדפסה: 14/04/2023

מרשם רופא

ת.ד.	1013452008	שם המבוטח:	בנוסוב דנה ג'אג	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	08/06/1968
כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	054-2407772				

15%	ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 2/day for 10 days (PARACETAMOL, CODEINE, CAFFEINE)	72116	הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	1 - O.P.	רשיון הפא 034096 הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מותאריך: 14/04/2023 עד תאריך: 28/04/2023
85%	ETORICOXIB DEX 90MG 14TAB PO 1 TAB X 1/day for 14 days (ETORICOXIB)	74263	הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	1 - O.P.	מס מרשם 1- 16110101 ת. מרשם 2- 1404230087
XXXXXXX					
XXXXXXX					
XXXXXXX					

מחשבים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים
לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד
שעברו 25 ימים מהרישום האחרון

בדעי במידה וקיים פרט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה
גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

האחריות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משיעור
האגרה שבחוק

אם החתום מזהיר/ה כי קיבל/ה את התרופות המפורטות
במרשם זה, תרופות שלא סופקו במחקר מהמרשם בנוכחות
ת.ז. חתימה

תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.



רשיון: 34096

טלפון: 03-9480808

רפואת פלד:

ד"ר קולר יורי

תחום עיסוק:

אורתופדיה

פיקא 31 ראשון לציון

כתובת:

www.meuhedet.co.il





תעודה רפואית מספת לנפגע בעבודה

ת.ד. 1013452008	שם המבטח	גנוסוב דנה ג'אג	מין	נקבה	בטוח	מאוחדת	ת.לדה:	08/06/1968
	כתובת	הבזפר 00016 ראשון לציון	מיקוד	75429	טלפון:	054-2407772		

שם המעביד: דן
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע: P
שכר:
רופא מטפל: ד"ר קוצ'ר יור
נמצא בטיפול מיום: 06/03/2023
תאריך התאונה:

אבחנות:

- CONTUSION RT KNEE
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB

יא אינה מסוגלת עדיין לעסוק בעבודתה או בעבודה מתאימה אחרת.
כומר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגעת הנ"ל ביום: 06/03/2023
יתי היא, שאי כומר זה ימשך מיום 07/04/2023 עד יום 10/05/2023 סה"כ 34 ימים



רשיון 34096

ד"ר קוצ'ר יור

טלפון: 03-9480808

אורתופדיה

פיקא 31 ראשון לציון



ת.ז:	1013452008	שם המבוטח:	גנוסוב דנה ג'אנ	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	08/06/1968
כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	054-2407772				



בתוקף מ : 02/06/2023
עד : 01/08/2023

הבדיקה הדרושה: **CT עמוד שדרה צווארי - CTI0024**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : כאבים ע"ש צווארי עם הקרנה לידיים , עורף .
בבדיקה רגישות בשרירים פראוורטברליים , כח גס תקין , הגבלה בתנועות , SPURLING TEST שלילי , ללא סימני מאלופטיה .
- מערכת שלד : קלינית , אנמנסטית CONTUSION RT KNEE עם הגבלה בטווחי הליכה , מתקשה לדרוך לאחר תע 6 למרץ 2023 .
בבדיקה ציר תקין , טווחי תנועות שמורים , רגישות בסדק מפרקי דיפוזי , גידים פנימיים , מכניזם יישור תקין , ללא סימנים מניסקליים ברורים , ללא פחת נוירוסקולרי או תפליט , יציבות תקינה .
צילום שינויים ארטרוטיים .
כשירה לעבודה כנוהגת אוטובוס

אבחנות:

- CERVICALGIA
- CONTUSION RT KNEE
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB

רופא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	תשיון:	34096	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808	
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציו			

חברה אחסון תרופות



ת.ז: 1013452008	שם המבוטח:	גנוסוב דנה ג'אנ	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה: 08/06/1968
כתובת:	הנופר 00016 ראשון לציון	מיקוד: 75429	טלפון: 054-2407772				



בתוקף מ : 31/01/2024
עד : 31/03/2024

הבדיקה הדרושה: CT עמוד שדרה צווארי - CTI0024

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	כן	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	----	--------------------	----

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : כאבים ע"ש צווארי עם הקרנה לידיים , עורף .
בבדיקה רגישות בשרירים פראוורטברליים , כח גס תקין , הגבלה בתנועות , SPURLING TEST שלילי , ללא סימני מאלופטיה .

אבחנות:

- CERVICALGIA

רופא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	תשיון: 34096	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון: 03-9480808	
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציו		

החברה אחראית לרופא

תוספת השפעת הרופא





סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת קרן
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

ת.ז.: 1345200-8
טלפון: 054-2407772

שם: גנוסוב דנה

כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון 7542944

מין: נ

ש גיל: 55

מקרה: 34878144

גורם מפנה: מאוחדת

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת CT

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד	19:22	07/02/2024

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

ע"ש צווארי:

=====

התוויה: בירור כאבים עם הקרנה לידיים.

ממצאים:

שינויים ניווניים במבנה הגרמי.

ללא עדות למסה פאראאורטברלית.

ללא עדות לנגעים הרסניים.

ללא שבר או פריקה.

בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים:

C2-C3: ללא בלט או בקע דיסק משמעותי.

C3-C4: ארטרופתיה והיפרטרופיה פצטרית מימין, דיסק אוסטיאופיט קומפלקס דיפוזי גורם להיצרות של הנוירופוראמינה מימין.

C4-C5: הנמכה בגובה הדיסק ובלט דיסק דיפוזי ללא לחץ משמעותי על השק הטקאלי, הנוירופוראמינות שמורות.

C5-C6: הנמכה בגובה הדיסק, שינויים ספונדילוטיים בלוחיות הסמוכות ודיסק אוסטיאופיט קומפלקס דיפוזי גורם ללחץ בינוני על השק הטקאלי עם היצרות של הנוירופוראמינות דו"צ.

C6-C7: בלט דיסק דיפוזי גורם ללחץ קל על השק הטקאלי ללא היצרות של הנוירופוראמינות.

ממצא לוואי:
קשרית היפודנסית באונה השמאלית של בלוטת התריס בקוטר כ-1.5 ס"מ, לקורלציה סונוגרפית.

לסיכום:
כמפורט.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. קואסמה פראס	130095	41500	21/02/2024	16:15

תאריך הקלדה: 21/02/2024