



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

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

לידיעתך

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

כיצד יש להגיש את התביעה

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חנתמת 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

1 פרטי התובע

שם משפחה: גרין

שם פרטי: יחיאל

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 200466266

טלפון נייד: 0549577216

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: _____

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

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

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

שם מעסיק/מפעל: נוי ארס

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 בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק: _____

סוג העיסוק: _____

רחוב / תא דואר: _____

מס' בית: _____

כניסה: _____

דירה: _____

יישוב: _____

מיקוד: _____

טלפון קווי: _____

טלפון נייד: _____

טלפון פקס: _____

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

23/05/2023

שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבית

בתאונות בדרכ: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניווט לצרף גיליון נוסף), נא פרט

וכבתי על ראשו חלקת הפתח שהן ונחלת

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

21/05/2023

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הכוונה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מקום והחלה (לדוגמא: שבר, פצע, התר)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
גז, זיך וראל יין	חלול, א	קדם
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
23052023	0851	
שנה חודש יום	שעה	

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

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים	שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		3		

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין 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 בל73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

ח'ר אה'ר ר'י'ר'ס

כתובת

טלפון

03-7412358

0677777777

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

האונה 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 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

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת 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 x _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטי שלי

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובת

שם הבנק

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

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

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (מוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי

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

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

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

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

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

תאריך: _____ חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות
ב"ס

שם משפחה

שם פרטי

טלפון קווי

דואר אלקטרוני

@

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

ת.ז.

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

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה פ"מ-אוג העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד:	קבוע ☐ זמני ☐ יומי ☐ חודשי ☐	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:
אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פירוט את סיבת ההיעדרות _____	ממתי _____ עד מתי _____	נעזר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא		

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות הקוד פנמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

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

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

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

3

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על ידי 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 על ידי הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחתימת ☒

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ומעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושלמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בססת הישן).

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

☒ חתימת המעסיק וחתימת ☒

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חונמת 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

200466266

תאריך הפגיעה

23052023

שנה חודש יום

שם פרטי

נתי

שם משפחה

נתי

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

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

חתימות המבוטח *

תאריך

תאריך: 3

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר בר-אילן קובי

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 00466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 49577216

000000000

טלפון:

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



כתובת:

נלקין 6/45, כפר סבא

מיקוד 4465330

מכתב שחרור

23/05/2023

תאריך:

שעת קבלה: 08:51

שעת שחרור: 10:11

סיבת הפניה:

החליק הבוקר עם קטנוע בעבודתו .
נחבל בברך ימין . מלין על כאבי גב תחתון
ללא בימני חבלה חיצונים בגב . רגשית קלה ללא ליסט
מעברים תקינים
ללא נזירולוגיה
שוק ימין עם שפשופים . ברך ללא תפליט . תנועתיו שמורה

צילומים -גב מותני וברך תקינים
טופל בפצעי השפשוף - חיטוי וחבישה
חיסון DT
אופטלגין לכאבים
ממליץ -
מנוחה 3 ימים
מעקב אורטופד בקהילה

אבחנות פעילות:

- CANNABIS- MEDICAL USER (03/2023)
- PAIN BACK (2016) with disc lesion

טיפול אחות

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
23/05/2023	09:25	אומדן כאב	עוצמה: 6	
23/05/2023	09:25	מתן תרופות OTC ללא הוראת רופא		OPTALGIN 2 CC
23/05/2023	10:01	DT חיסון טטנוס דיפטריה למבוגר		IMOVAX d.T. adult
23/05/2023	10:01	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT), ברך ימין 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
אחות: טיפול פצע/חבישה

אבחנה:

- CONTUSION
- ABRASION NO INFECTION

ד"ר ק. בר-אילן
אורטופד מנתח
20937

ד"ר בר-אילן קובי

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 23/05/2023

מ.ר גורם מפנה



020937



מכבי שירותי בריאות

ד"ר בר-אילן קובי

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

000000000

טלפון:

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



0200466266

מיקוד 4465330

נלקין 6/45, כפר סבא

כתובת:

אישור מחלה בגין תאונת דרכים

אשר חלה/תה ב -

- CONTUSION
- ABRASION NO INFECTION

אינו מסוגל לעבוד מיום: 23/05/2023 עד יום: 25/05/2023 סה"כ: 3 ימים.

23/05/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר ק. בר-אילן
אורטופד מנתח
מ.ר 20937

מכון דימות: רמת השרון כתובת: הנצח 3 רמת השרון טלפון: 03-5484618

פרטי רופא מפנה:

שם: בר-אילן קובי

מ.ר: 20937

תאריך הבדיקה: 23/05/2023

תאריך הפיענוח: 23/05/2023

שם הנבדק: פרנץ מתן

ת.ז. הנבדק: 200466266

כתובת הנבדק: נלקין 6/45 כפר סבא 4465330

טלפון הנבדק: 0549577216 טלפון נייד: 054-9577216

תשובת בדיקת דימות: 23357623

ברך 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

ימין.

=====

אין עדות לשברים.

ע'ש מותני 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

ע.ש. מותני (חזיתי וצדדי)

=====

מנח החוליות תקין.

מבנה החוליות והמרווח הבין חולייתי שמורים.

אין עדות לשברים.

בברכה

ד"ר אלכסנדר פוחוביץ

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 27462

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 26/07/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אופיר איתי
אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ ר גורם מפנה



0038311064



092194

קוד הפניה: 335435944

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: שלוחה 2 03-5484646

פקס: 073-2284185

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: פרנץ

שם פרטי: מתן

ת.ז.: 200466266

טל.עבודה/נייד: 0549577216

מיקוד 4465330

מין: ז

ת.לידה: 16/07/1988

נלקין 6/45, כפר סבא

ת.לידה:

כתובת:



0200466266

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

כאבי גב תחתון כרוניים מטופל בקנביס רפואי מתאר תאונת אופנוע לפני כ 5 שבועות ומאז כאבי הגב התחתון גברו מוסר כי בוצעו צילומי ע"ש מותני ולא נראו פגיעות טראומטיות הליכה עצמאית כוח גס שמור מופנה לCT ע"ש מותני וסקרלי ביקורת עם התוצאות

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

• CANNABIS- MEDICAL USER (03/2023)

• PAIN BACK (2016) with disc lesion

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

ממצאים חבלתיים?

ממצאים ניווניים?

אחר?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
27/03/2016	7.4 שנים		Creatinine (B)
27/03/2016	7.4 שנים		eGFR

שם הרופא: ד"ר אופיר איתי

תאריך: 26/07/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 26/07/2023 עד תאריך 22/01/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 16/10/2023

מ.ר גורם מפנה



176528

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

יפה אליגור

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

פקס: 073-2284199

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



0200466266

כתובת:

נלקין 6/45, כפר סבא

מיקוד 4465330

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 16/10/2023

200466266

ת"ז:

פרנץ מתן

מרת

התקבל בתאריך: 04/06/2023 לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

לידיעתך, המטופל/ת פרנץ מתן

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	16/10/2023	CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG
כן	16/10/2023	LOW BACK PAIN

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
מתן יצליח להתכופף על הברכיים כדי להרים את בתו			04/06/2023
מתן יצליח לעלות ולרדות מדרגות ללא כאב בברך ימין.			04/06/2023

טופל החל מ- 04/06/2023

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

herapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 4 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

לא

יכולת חזרה לפעילות:

ידוע/

לא

רלוונטי

לא ידוע/לא רלוונטי

השגת מטרות הטיפול:

התמדה בהגעה לטיפולים לא ידוע/לא רלוונטי
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

מידת שיתוף הפעולה:

חתימה



176528

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

פקס: 073-2284199

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: מתן	ת.ז.: 200466266
ת.לידה: 16/07/1988	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0549577216	
כתובת: נלקין 6/45, כפר סבא		מיקוד 4465330	



0200466266

הערות:

הגיע ב16/10/23 להערכה חוזרת.
ממשיך לתרגל באופן עצמאי.
קיבל הדרכה להקלת הכאבים.
כיום סובל מכאבים בגב התחתון ובברך הפגועה לאחר יום עבודה.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: רמת השרון מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: יפה אלינור



171092



קוד הפניה: 326171185

טלפון: 09-9656565

כתובת: אלתרמן נתן 44, הרצליה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

000000000

טלפון:

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



מיקוד 4465330

נלקין 6/45, כפר סבא

כתובת:

0200466266

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

בן 34

תלונות:

מטופל בקנאביס רפאי לכאבי גב, בעברו טיפולים אופיאטיים שונים עד כדי פנטניל ללא תועלת מספיקה. כיום רק קנאביס רפואי. פרט לכך בריא מעשן טבק רק בקנאביס- מומלץ להפחית סביב אירועי כאב אקוטי. מעבדה אחרונה לפני שבע שנים- לא מעוניין בבדיקות חדשות. מ/א תאונת אופנוע בשלישי האחרון. היה במוקד עם חבלה לברך ימין ללא ממצאים גרמיים מאז במנוחה, החמרת הכאבים. כואב לדרך על הברך אבל מצליח ללכת.

ממצאים: ברך ימין נפוחה עם חבלה על הפיקה, תנועה תקינה אך הגבלה לאור נפיחות בעיקר בכיפוף. לא ניתן להתרשם מפגיעה מניסקיאלית/רצועה לאור כאב משמעותי בבדיקה.

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשנת: לא

• CANNABIS- MEDICAL USER (03/2023)
• PAIN BACK (2016) with disc lesion

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: הערכה

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/05/2023 עד תאריך - 21/11/2023

25/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך



171092



קוד הפניה: 326171185

טלפון: 09-9656565

כתובת: אלתרמן נתן 44, הרצליה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

000000000

טלפון:

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



מיקוד 4465330

נלקין 6/45, כפר סבא

כתובת:

0200466266

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

בן 34

תלונות:

מטופל בקנאביס רפאי לכאבי גב, בעברו טיפולים אופיאטיים שונים עד כדי פנטניל ללא תועלת מספיקה. כיום רק קנאביס רפואי. פרט לכך בריא מעשן טבק רק בקנאביס- מומלץ להפחית סביב אירועי כאב אקוטי. מעבדה אחרונה לפני שבע שנים- לא מעוניין בבדיקות חדשות. מ/א תאונת אופנוע בשלישי האחרון. היה במוקד עם חבלה לברך ימין ללא ממצאים גרמיים מאז במנוחה, החמרת הכאבים. כואב לדרך על הברך אבל מצליח ללכת.

ממצאים: ברך ימין נפוחה עם חבלה על הפיקה, תנועה תקינה אך הגבלה לאור נפיחות בעיקר בכיפוף. לא ניתן להתרשם מפגיעה מניסקיאלית/רצועה לאור כאב משמעותי בבדיקה.

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשנ/ת: לא

• CANNABIS- MEDICAL USER (03/2023)
• PAIN BACK (2016) with disc lesion

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: הערכה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/05/2023 עד תאריך - 21/11/2023

25/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

פרטי מטופל

שם מטופל: פרנץ מתן
ת"ז: 200466266
גיל: 34 שנים ו- 10 חודשים
טלפון: 0549577216, 0000000000

מי: ז

ת"ז

0200466266

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר שפיר נועה
מומחיות: מתמחה ברפואת המשפחה
טלפון: 09-9656565

מס ביקור

000240885480

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 25/05/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
oral drops dipyrone 500 mg/ml * OPTALGIN NEW, DIPYRAZ, V-DALGIN 10ML	לבליעה 40 טיפות 1 פעם ביום לפי הצורך	7 ימים					25/05/2023-15/06/2023	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. etoricoxib 90 mg ETORICOXIB, * ARCOXIA	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	7 ימים	1 טבליה				25/05/2023-15/06/2023	- כמות לניפוק: 7 TAB ** השתתפות עצמית: 50 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 26/07/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0038311064



092194

קוד הפניה: 335435944



טלפון: שלוחה 2 03-5484646

פקס: 073-2284185

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

ד"ר אופיר איתי

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

מין: ז

ת.לידה: 16/07/1988



0200466266

ת.לידה:

נלקין 6/45, כפר סבא

כתובת:

מיקוד 4465330

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

כאבי גב תחתון כרוניים מטופל בקנביס רפואי מתאר תאונת אופנוע לפני כ 5 שבועות ומאז כאבי הגב התחתון גברו מוסר כי בוצעו צילומי ע"ש מותני ולא נראו פגיעות טראומטיות הליכה עצמאית כוח גס שמור מופנה לCT ע"ש מותני וסקרלי ביקורת עם התוצאות

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- CANNABIS- MEDICAL USER (03/2023)
- PAIN BACK (2016) with disc lesion

מעש/ת : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

ממצאים חבלתיים?
ממצאים ניווניים?
אחר?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
27/03/2016	7.4 שנים		Creatinine (B)
27/03/2016	7.4 שנים		eGFR

שם הרופא: ד"ר אופיר איתי

תאריך: 26/07/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2023 עד תאריך - 22/01/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

לכבוד
בית חולים
מכון
הברזל

טלפון : 03-7644444

הנדון: התחייבות בבית חולים

ת.ז. חבר : התחייבות : תאריך טיפול :



200466266

מרכז רפואי: כפר סבא הירוקה
רפפורט
טל: 09-7644666

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 12/01/2024

נספח להתחייבות מספר 230760166:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים : [HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החייל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש
וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה
מבוצעת באחת משלוחות אלה.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה