



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

- תעודה 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 זיהוי 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 (לאחר) 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 וביירוים 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

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 2 6 5 5 6 5 8 9

עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
כהן	אליאור	0 2 6 5 5 6 5 8 9
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
0 5 2 2 2 0 9 0 2 7	0 5 3 3 2 2 3 2 6 3	
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
		0
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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 אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	צ'מפיון מוטורס בע"מ
תפקיד התובע במקום העבודה	מנהל שרות אזורי
רחוב / תא דואר	מס' בית
הלח"י 9	כניסה
טלפון קווי	טלפון נייד
0 5 2 5 7 7 5 2 4 7	מספר פקס
☐ לא ☐ כן, פרט: האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:	
☐ לא ☐ כן, פרט: האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:	
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

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ 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

14/11/2023
שנה חודש יום

היום בשבוע

רביעי

שעת הפגיעה

16:00

תאריך הפסקת עבודה

שעת 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 _____

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

אנדר רנני אשאר אשאר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

14/11/2023
שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

אני האש"ר

אני

4

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

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 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 במושא הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

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 _____ כתובתו _____ מס' טלפון _____ 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

אם בשלושת החודשים לפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
19	11	2023	19	11	2023
עד שעה	משעה	עד תאריך	עד תאריך	משעה	עד שעה
		שנה	שנה		
		חודש	חודש		
		יום	יום		

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם 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 שליטה או 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 x _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

אליאור כהן

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

בנק דיסקונט לישראל בע"מ

דרך בן גוריון

058

006618261

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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 (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

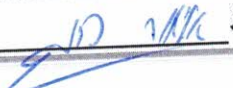
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו 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 פרטיותי 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/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, 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: 27/11/23 חתימת התובע * 

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה 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 סיים את העבודה? 15:30 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 _____

צ'מפיון מוטורס בע"מ _____

תאריך תחילת עבודה: 24-12-2017

מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשורה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים 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	הערה:
חודש 08/2023	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	17370	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות
חודש 09/2023	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	18371	שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש 10/2023	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	17067	
חודש _____		☐ יומי ☐ חודשי		

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

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ חילן _____
שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לביורור פרטי שכר ליאת ויצמן _____ מספר טלפון 0509453520
חתימת המעסיק _____ תאריך 22-11-2023 שם ותפקיד החותם ליאת ויצמן-חשבת שכר _____ חתימה וחתימת _____

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן 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: 58

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י 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 וחותמת * לחצן מסמך בע"מ

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 15-11-2023 עד תאריך 19-11-2023 ושילמנו 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 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

צ'מפיון מוטורוס בע"מ
הלח"י 7/7, בני ברק

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 026556589	תאריך הפגיעה שנה 2023 חודש 11 יום 14
שם משפחה כין	שם פרטי א'א'ר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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.

תאריך 27/11/23 חתימת המבוטח * [Signature]

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 501754/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 15/11/2023, ב' כסלו תשפ"ד, 11:02

יחידה שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז
כתובת דרך השרון 1, כס
טלפון 09-7473330
פקס 097473336
דואל bohanim.sharon@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/11/2023 בשעה 16:00

מקום התאונה

פתח תקווה רחוב השפלה 4

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
6992638	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	16129533001	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	313263741	גנץ מור	05/05/1995	פתח תקווה, הרב קלישר, 9		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
84054002	פרטי נוסעים	סקודה צ'כיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הראל	603007516423	ישראלית



מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	26556589	כהן אליאור	27/06/1986	פתח תקווה, בן צבי יצחק, 28		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
0	בחקירה	15/11/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1760446	תמיר	מתי

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1760446	מתי	תמיר	רס"מ	רשם

לח"י תמיר

מקום שרות

שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז

חתימה

15/11/2023 11:02



רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל לִשְׂרָאֵל
STATE OF ISRAEL



כהן

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. COHEN | |
| אליאור | |
| 2. ELIOR | |
| 3. 27.06.1986 | |
| 4. כ' בסיון ה'תשע"ו | 4a. 12.05.2020 |
| 4b. 27.06.2030 | 4d. ID 026556589 |
| 5. 8535964 | 6589 |
| 8. לנדאו חיים 16 בני ברק | |

6589

9. A B

רשאי לנהוג בדרגה B עד ק"ג 4000
חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה
מלגזה עד ק"ג 000,20



רישיון רכב



מספר רכב	סוג	בתוקף עד
84054002	M1 פרטי נוסעים	25/05/2024
בעלים	צ'מפיון מוטורס בע"מ	51397325-5
מען	ת"ד 97 בני ברק	51100
תאריך רישום	26/05/22	23/04/23
רישום מקורי	מועד עליה לכביש 05/2022	26/05/22
מקומות ישיבה לתעסוקה	מספר שילדה	מספר נוסעים
3	1	2
סוג דלק	נפט	דגם מנוע
בנזין	999	R16 92 V 205/60
צמיג קדמי	R16 92 V 205/60	צמיג אחרי
1756	משקל עצמי	משקל כולל
אין	משקל מלא	משקל מלא

רמת אבזור בטיחותי 5
דרגת זיהום אוויר-מופחת זיהום

בעלים נוספים:

תוצר	סקודה צ'כיה	דגם	NW-NW43JD	מרכב	פנאי-שטח
כינוי מסחרי	KAMIQ	רמת נימור	AMBITION	קבוצת רישוי	3
הספק (כ"ס)	110.00	13	9	כ"ס	21-1644
קוד	00676-1366	00676-1366	00676-1366	00676-1366	00676-1366

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

תשלום 23/04/2023 סך 1914.00 ש"ח; פטור ממבחן שנתי
רשומון יבוא 208695168

**** סך 1914.00 ש"ח; 23/04/2023

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

84054002-24-6

רכב חדש פטור ממבחן שנתי

בעל הרכב

צ'מפיון מוטורס בע"מ
ת"ד 97
בני ברק
51100

מספר הרכב
84054002-24-6

**** סך 1914.00 ש"ח; 23/04/2023

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

הודפס ע"י שירות התשלומים 23/04/2023 08:56:00

(א.כ.4)

בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה. עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשומית
ומסמכים נוספים
כגון ביטוח,
התגיות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט)
למבחן הכשיר
יש לגשת
בליווי דריש
מקורית זו לא
ששולמה (א)
צורך בחותמת
או (תשלום)
בסיס הדפס
רישיון משו
שיתקבל
באמצעות
המפורט
מעבר לז

71828
מק"ט דואר 765-0021

הרצל חברה לביטוח בע"מ, אבא הלל 3 רמת גן 5252202, teudathova@harel-ins.co.il, מוקד: 2735*
שים לב! מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה, טרם כריתת חוזה הביטוח, עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מספר התעודה מספר הפוליסה מספר פנימי מספר רישוי
6030075164/23 840-54-002

פרטי בעל הפוליסה והרכב
צ'מפיון מוטורס בע"מ
הלח"י 9 בניברק 5120016
סוג הרכב M-1 דגם 676501 שם היצרן סקודה קאמיק TSI
מספר שלדה 90728 מספר נוסעים 999 כחוק
נכח מנוע/משקל 999 מספר נוסעים 999 כחוק
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1
מטרות השימוש המותרות: כמפורט בגב התעודה הסעיפים 1
הרחבות: אין הרחבות

סכום דמי הביטוח בש"ח 1,527
מועד התחלת הביטוח - מועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק
מועד פקיעת הביטוח 30/04/2024
אך לא לפני 01/05/2023
חתימת הבנק
הרצל חברה לביטוח בע"מ
שולם בל"ל סניף 800
חשבון 809300-97
13/04/2023 10:59
06120732
בלי חותמת הבנק על תעודה זו - אין לה תוקף

ספח שאלות ותשובות ופירוט בדבר סתירות

החלטות על כריתת חוזה הביטוח דמי הביטוח בפוליסה זו, נקבעו בין היתר, בהסתמך על הנתונים הביטוח וכן על הנתונים המפורטים להלן ובהם נתוני מאגר המידע לאיתור הונאות (להלן "המאגר").

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב זה	16 ו-9 חודשים ומעלה	16 ו-9 חודשים ומעלה	16 ו-9 חודשים ומעלה
מין הנהג הצעיר ביותר הצפוי להשתמש ברכב	נהג	נהג	נהג
שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל, של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב זה	2023	2023	2023
מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב זה	00	00	00
מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב זה	00	00	00
נכח מנוע/סמ"ק/הספק (כ"ס/מ) משקל הרכב המבוסס	110 /999	110 /999	110 /999
מספר מקומות ישיבה כמצוין ברשיון הרכב	03	03	03
מערכת בקרת יציבות (ESP)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW)	כן	כן	כן

*אם מקור הסתירות במידע שעליו הסתמכנו כאמור לעיל, נובע ממידע שגוי שהתקבל מהמאגר, באפשרותך לערער בהתאם ל"נוהל הגשת ערעור לנתוני המאגר לאיתור הונאות" שפורסם באתר "הרצל" www.harel-groups.co.il במחיצת ביטוח - ביטוח רכב.

לתשלום בבנק

הודעת זיכוי

קוד מוטב: 62-00397

מספר רישוי

840-54-002

מספר פנימי

מספר הפוליסה

6030075164/23

(1)

פרטי בעל הפוליסה והרכב

מספר זהות/ח"פ

513973255

צ'מפיון מוטורס בע"מ

הלח"י 9 בניברק 5120016

סוג הרכב M-1 דגם 676501 שם היצרן סקודה קאמיק TSI

מספר שלדה 90728 נכח מנוע/משקל 999 מספר נוסעים 999 כחוק

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בגב התעודה סעיפים

מטרות השימוש המותרות: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1

1



מועד התחלת הביטוח -

(2) בנק הדואר חש' 8-62003-9 במזומן בלבד!

אפשר לשלם

בתשלומים באמצעות

כרטיסי אשראי.

פרטים בבנק.

סכום דמי הביטוח בש"ח

1,527

01/05/2023

אך לא לפני

מועד פקיעת הביטוח

30/04/2024 חצות

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר www.harel-group.co.il

תאריך הוצאה

13/04/2023

10:59

עוֹתָק

פרטי הסוכן

109945

מחוז 61

צוֹת 304

צמפיון מוטורס בע"מ

חותמת הבנק

הרצל חברה לביטוח בע"מ

שולם בל"ל סניף 800

חשבון 809300-97

13/04/2023 10:59

06120732

לתשלום באחד מן הבנקים שלהלן לזכות החשבונות:

לאומי - 800-339513 הבינ"ל הראשון 046-409-368334

הפועלים - 689-88310 המזרחי - 461-409539

דיסקונט - 010-128304 הדואר - במזומן בלבד - 8-62003-9

TEREM Petach Tikva 182 Rothschild ST
phone no: 1599-520-520



רנטגן: 182 פתח תקוה
טל: 1599-520-520

שעה: 16:59	תאריך: 14/11/2023	#ביקור: 246259	#תיק: 192604
חום: T	%SaO2: 97%	שם: אליאור כהן	קופ"ח כללית: 026556589
דופק: P	לח"ד: B/P	מין: ז	גיל: 37 שנים 5 חודשים
55 סדיר	120/65	כתובת: לנרא חיים 16	בני ברק
		טל' בית: 0522209027	נייד: 0522209027
		אחר כאבי גב וצוואר	לאחר תאונה

IC 621844 28/10/17 Pain in joint, nonspecific
IC 569397 10/05/17 Traffic Accident, XR
IC 288566 15/11/14 Otitis media
IC 154882 04/05/13 Contusion of ankle, XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

UBP PAP מטריאג

17:01:31
טליה חדר

Allergies: NONE

In TEREM: Paracetamol
PO as tablet 1000

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור	מצב החולה בשחרור:	מצוין / טוב / יציב / החמיר
☐	הביתה ומעקב בקופ"ח	
☐	לביד חולים	
☐	מני באמבולנס	
☐	הפנה לרוממה	

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אני מאשר שמספרי הטלפון אי-מיל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכוני לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לשיל אכן רשאי בקופה

חתימת חולה:

חתימת והחזמת רופא



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

מסמך זה מכיל

ע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

רשת מרכזים לרפואה דחופה
תאריך: 14/11/2023 16:59
Emergency Medical Centers



שם המטופל אליאור כהן

לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

www.teremi.com

יש להזין את הנתונים הבאים:

עמוד שדרה גבי

246 259

מספר ביקור

192604

מספר תיק

*******589**

ת.ז.

פתח תקוה

סניף



הקפד לשמור דף זה.
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות
בצילומים / אולטראסאונד ובתוצאות בדיקות



*קיימת אפשרות להגדיל, לשנות בהירות, לסובב וכד' את
הצילומים בזמן צפייה

נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת
מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית



זמינות מיידית!

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש
www.terem.com 1599-520-520



לכבוד אליאור כהן: TO:

תז ID#: 026556589 מס' תיק Patient #: 192604 מס' ביקור: 246259
לנדאו חיים 16 בני ברק

תאריך רישום: 14/11/2023 Date of Payment:

Invoice #:
97048:om

העתק # 1

מספר עוסק מורשה:
1
מס ע"מ לצורך דוח מעמ
1

Receipt of Payment
חשבונית מס קבלה

Description: תיאור: ביקור רגיל

מזומן..... 96 ש"ח

Subtotal :	82.05 ש"ח	סהכ לפני מעמ:
VAT :	13.95 ש"ח	מע"מ
Total :	96.00 ש"ח	סהכ כולל מעמ:

מספר שובר:
14/11/2023: הונפק בתאריך:

טופס חופש מחלה

14/11/2023

תאריך ביקור

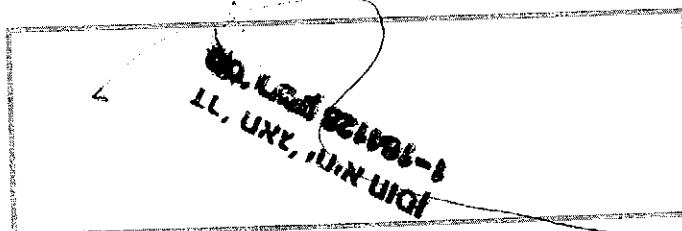
אליאור כהן

שם

026556589

תז

ימי חופש מחלה 5



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ת חוסן חאג יחיא ח

רשיון 164125

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל

רוטשילד 182. פתח תקוה טל: 1599-520-520

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: אחר	תיק מס': 192604	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס': 246259	תאריך ביקור Date: 16:59 14/11/2023
---------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. חוסן חאג יחיא ח	Name: אליאור כהן ID: 026556589	תודה רבה לללא על הפנייה זו ל-טרם קופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0522209027 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Whiplash, Back pain	
Pulse: 55, TempC: 36 , O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months	
Injury/Pain Exam: SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 37 היה מעורב בתאונת דרכים היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה. היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר ללא חבלה בראש או במקום אחר.	
מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון כאבים מחמירים בתזוזה ===	
בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, אינו במצוקה כללית או נשמתית.	
GCS 15	
מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ, קרניאלים שמורים, צרברליים שמורים	
גב: ללא סימן חבלה רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7), ללא רגישות ב"ש צווארי כאבים מופקים בשינוי תנוחה.	
בטן רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, נייע תקין כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים. ===	
מהלך ודיון: תשובת רנטגנולוג: עמוד שדרה גבי <<<<	

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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



שיטתית 6 תל אביב-יפו 6948206
 טל: 03-6482333, 052-7228777
 פקס: 03-6482377
 דוא"ל: info@medixlife.co.il
 אתר אינטרנט: www.medixlife.co.il

513736330
 26/11/2023

ח.פ.
 תאריך

מקור

No.

96132

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

שם: כהן אליאור

כתובת: בן צבי יצחק 28 פתח תקוה 4937567

ת.ז.: 26556589

טל: 0522209027

סיכום תשלום

מזומן	נתקבל במזומן	ת.פרעון	פרטים	סכום	אמצעי תשלום
		26/11/2023		100.00	

85.47	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
14.53	מע"מ 17.00 %
100.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

רופא/מטפל: דוד קארס

חתימה:

OFEK MEDICAL

תאריך: 16/11/2023

ד"ר בין אברהם
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט
מ.ר. 18667
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20:

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נוזל בברך
מבקש

1 MRI לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר

2 פזיותרפיה

3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לבזק מניסקיאלית או כל נזק תוך
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20:

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה

מומלץ ארטרוסקופיה

מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי

מבקש

1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש

2 פזיותרפיה דחופה

3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל

ד"ר בין אברהם
אורתופד מומחה
מ.ר. 11908

בברכה:
ד"ר בין אברהם

אורתופד מומחה

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ
NORMED LTD.

מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 23/11/2023
מספר ביקור: 3883276
שם הבדיקה: CT ע"ש צווארי
תאריך פענוח: 26/11/2023

שם הנבדק/ת: כהן אליאור
ת.ז. נבדק/ת: 026556589
תאריך לידה: 27/06/1986

לכבוד:
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד
קופ"ח כללית

פרטים קליניים:

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה צווארי במכשיר ICT מתקדם, מגובה C1 עד D1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השנואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: עמדה לורדוטית תקינה של עמוד השדרה הצווארי.

המבנה הגרמי והמפרקי הודגם בצורה תקינה.

אברי הצוואר המודגמים תקינים, במגבלות העדר הזרקת יוד.

סריקה C1-C2:

המבנים הגרמיים כולל הקשתות הקדמית והאחורית של האטלס והשן של החוליה צווארית השניה (אקסיס) תקינים ולרבות המסות הלטרליות עם המפרקים ביניהן.

סריקה C2-C3:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C3-C4:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C4-C5:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ
NORMED LTD.

סריקה C5-C6:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C6-C7:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סריקה C7-D1:

אין עדות לבקע.
התעלה העצבית ברוחב תקין.
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.
אין הצרות פורמינלית.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חוליניים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
**בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589
מסמך זה נחתם אלקטרונית



מכון ה- CT דו"ח פענוח בדיקה

שם הנבדק/ת: כהן אליאור	תאריך בדיקה: 23/11/2023
ת.ז. נבדק/ת: 026556589	מספר ביקור: 3884431
תאריך לידה: 27/06/1986	שם הבדיקה: CT ע"ש גבי
	תאריך פענוח: 26/11/2023

לכבוד:
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: כאב גב תורקלי וצווארי לאחר חבלה.

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה גבי במכשיר ICT מתקדם, מגובה D1 עד L1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:
שחזורים מולטי פלנריים: בצילום הצדדי הודגמו גופי החוליות והמרווחים שביניהם שמורים ללא סטייה.

המרקם הגרמי אחיד.
ללא ממצא גרמי מוקדי הרסני.
ללא שברי דחיסה.
ללא בקע דיסק או היצרות ספיגלית.

בהדגמה מוגבלת של אברי החזה המודגמים בסריקה:
שתי קשריות ריאתיות קטנות ב-RLL.

סיכום:
ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה.
**בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589
מסמך זה נחתם אלקטרונית



17926

שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה

מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור

גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 304317926

רופא מטפל : 26592 ריאן גיהאד

המבוטח : 9-0002655658 כהן אליאור

רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד		קוד	
שירות	תאור הטיפול/בדיקה	שירות	שירות ספק
78073 C.T לנבדק		1	1

תאריך זימון : 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך : 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"

כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים

בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בש"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא

או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

טו-17



17925

שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה

מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור

גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 304317925

רופא מטפל : 26592 ריאן גיהאד

המבוטח : 9-0002655658 כהן אליאור

רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק	כמות
78073 C.T לנבדק		1	1

תאריך זימון : 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך : 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 113638 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אלא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית לתשומת לב בית החולים/המכון ! להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכוללים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בש"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ו-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקווה

מרפאה: 5378 מרפאת בלפור

מרפאת בלפור פתח תקווה 03-7471700

תאריך: 21/11/23

שעה : 09:06

אישור: 00113638 / 1

מקור

מספר תיק: 9906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002655658 כהן אליאור

פירוט גביה:

קוד	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי מכון פרטי	21/11/23	0
מכון:	7893-מרכז רפואי רמת אביב נור-מ		
שירות:	78073 CT טומוגרפיה ממוחשב למעט בדיקות להן קוד	קבוצה: 7	הדמיה
		סה"כ לטופס :	0

0

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 40595 - 8 לימיר רותם

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו

לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות



שם הרופא: ד"ר גיהאד ריאן
תחום: מומחה ברפואת משפחה וילדים
כתובת: רוטשילד, 119
מרפאה: בלפור - פתח תקוה
מספר רשיון: 26592
טלפון: 03-7471700
פקס: 03-9395401
מחוז: דן-פ"ת

תאריך: 16/11/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן אליאור	מס זיהוי:	00026556589	גיל:	37.04	מין:	ז
ת.לידה:	27/06/1986	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	בן צבי יצחק	טלפון מסך:	3-6187849	
מס בית:	28 / 14	טלפון:	52-2209027					

מספר הפניה: 35378018534

גורם שולח



5378

מספר הפניה



035378018534

תז נבדק



26556589

רשיון רופא



026592

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת

WHIPLASH INJURY

תלונות / סיבת הפניה במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

סימנים חיוניים:

גובה 182 16/08/2022 משקל 79 16/08/2022 bmi 23.85
לחץ דם 132 / 70 06/02/2023
דופק 77 06/02/2023

31/05/2022 מתאריך 115.58 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
08/05/2017		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
28/06/2018		ROAD ACCIDENT
29/06/2021		MEDIAL MENISCUS TEAR
27/06/2021		MENISCECTOMY

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/04/2001	01/04/2001		OBESITY (BMI >30)

ממצאים קליניים

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

נחתם דיגיטלית

26592

ד"ר גיהאד ריאן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7.ה.ר.0

הפניה למכון פיזיותרפיה

כחן אליאור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

16/11/2023

הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן

00026556589



שם הרופא: ד"ר גיהאד ריאן
תחום: מומחה ברפואת משפחה וילדים
כתובת: רוטשילד, 119
מרפאה: בלפור - פתח תקוה
מספר רשיון: 26592
טלפון: 03-7471700
פקס: 03-9395401
מחוז: דן-פ"ת

תאריך: 19/11/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן אליאור	מס זהות:	00026556589	גיל:	37.05	מין:	ז
ת.לידה:	27/06/1986	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	בן צבי יצחק	טלפון מוסף:	3-6187849	
מס בית:	28 / 14	טלפון:	52-2209027					

תאריך תאונה: 14/11/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35378018572

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
026592	26556589	035378018572	5378

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010
78073	L1039	CT עמוד שדרה גבי	10304015

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור -
היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.
19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

סימנים חיוניים	גובה	182	נמדד ב:	16/08/2022	משקל	79	נמדד ב:	16/08/2022	BMI	23.85
לחץ דם	132 / 70	נמדד ב:	06/02/2023							
דופק	77	נמדד ב:	06/02/2023							

31/05/2022 מתאריך: 115.58 eGFR

ממצאים עיקריים ממצאים מתאריך 16/11/2023:

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות
19/11/2023

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
L03		LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב- 16/11/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב- 19/11/2023

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
08/05/2017		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG

הפניה לדימות

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

19/11/2023 הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן 00026556589 כחן אליאור

מגילוי	איפיון	בעיה
28/06/2018		ROAD ACCIDENT
29/06/2021		MEDIAL MENISCUS TEAR
27/06/2021		MENISCECTOMY

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/04/2001	01/04/2001		OBESITY (BMI >30)

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר גיהאד ריאן	26592	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת 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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית		

הפניה לדימות

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

כהן אליאור

19/11/2023

הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן

00026556589

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה
 תאריך: 16/11/2023

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כהן אליאור	מס זהות:	00026556589	גיל:	37.04	מין:	ז
ת.לידה:	27/06/1986	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	בן צבי יצחק			
מס בית:	28 / 14	טלפון:	52- 2209027	טלפון נוסף:	3- 6187849			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 שם המעביד וכתובתו: צמפיון מוטורס - בני ברק
 תאור התאונה: במהלך נסיעה הביתה מהעבודה רכב אחר נכנס ברכבו מאחורה ונפגע
 היכן קיבל טיפול קודם: טרם
 הממצאים הקליניים: רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות
 אבחנות

קוד	אופיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
L03		LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 14/11/2023	עד יום 19/11/2023	(בכלל)	סה"כ	6 ימים
16/11/2023	16/11/2023			

תאריך מתן התעודה
 בלפור - פתח תקוה

ד"ר גיהאד ריאן **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד