



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



מ.ל.ב.

15.5.24

נשלח בשנית

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: מרדכי תומר בראי, ת.ז. 033310061
תאונה מיום: 26.1.24

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.



אריאל פרייברג, עו"ד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

חותמת קבלה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
מלך זרמי	מרדכי	033310061
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
0333583455	0586002425	@

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.
 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

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 ביןך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:

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

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

4

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

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

מהות התבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

11/05/91

שעה

26/01/24

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

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

037471200
035592810

שבה טופלתי או אני מטופל
16/1 טאה 15, קולין
מרצה הקסטיג, תולין

אלה מומחה לכירורגיה
מומחה זרועות ושפפה

ד"ר מילא אייזמן
ד"ר קסטיג אייזמן

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 בל 737: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

03-7412358

אלה מילא, ד, רמז 12

ע"מ מילא, סרייזר 2

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 חזיקין 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

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	יום	שנה	חודש	יום
עד שעה			עד שעה		
משעה			משעה		
עד שעה			עד שעה		
משעה			משעה		

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

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

8

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שכצעת 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 ☒

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, יבקש להעביר לחשבוני הפרטי הרשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
זכאי מרכזי קואר	שם הסניף / כתובתו	571	328213

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 בידועין 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 מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
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 מושכי התשלומים.
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.
ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 10.5.24 חתימת התובע * ד

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

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

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

פרטים על פגיעה מחוץ לעסה או למפעל

מקום הפג'עה:

שעת הפג'עה

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 נכון עובדים מוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

05 .2

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

☐ תאונה בבניין: שם האתר

פגיעה בדרך לעבודה:

באיזן שעה ה'ה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? _____ הכתובת שבה ה'ה אמור לעבוד?

פנייה בדרכי הכיתה: ראינו שעה ס"ח את העבודה? ☐ **האם ס"ח בשעה הקבועה?** ☐ **כן** ☐ **לא** ☐

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

[illegible]

תאריך תחילת עבודה: ☐ מועד הפועל ☐ קרנ ☐ ארנ ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% מספר ימי העבודה

בשבוע:

היקף המשרה ב-%

מזמור בעבודת ☐ קרוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

תאריך תחילת עבודה:

☐ 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, 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
חודש	☐	☐		לתקופה	
חודש	☐	☐		סכום	
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ 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, 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 _____ מספר 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 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 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 10.5.24 תפקיד החותם _____ שם החותם חיים מנחם חתימה וחתימת ☒ x

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

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)

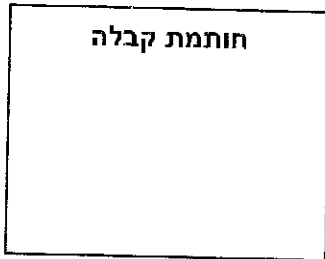
קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

☒ חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
26/01/2024 יום חודש שנה	033310061	60

שם פרטי

מר

שם משפחה

זר אריק

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

2

הצהרה

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.

(Signature)

תאריך _____ חתימת המבוטח x



מספר רשיון 120935
טלפון 03-7471200
פקס 03-7471201
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מיכאל לייבמן
תחום מומחה לכירורגיה כללית
כתובת נעמי שמר 15, חולון
מרפאה מרפאה יועצת חולון

תאריך: 28/01/2024 10:07

הפניה כללית.

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	גיל:	מין:	ז
שם מרדכי תומר	00033310061	47.05			
ת.לידה:	21/08/1976	רחוב:	בן פתחיה		
מס בית:	16	טלפון נוסף:	3 - 5583455		
	58 - 6002425	טלפון:			

26/01/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33761146073

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761146073

תז נבדק



33310061

מספר רשיון



120935

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
9245	CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE	
923	CONTUSION UPPER LIMB	
9299	CRUSH INJURY	

תלונות: בן 47 בעבודה נפחה חבלת ראש עם לצירציה חבלת גב רגל מימין. ניבדק ע"י רופא באותו יום בוצע הדבקה של פצע קיבל חיסון לטטנוס. כעת מתלונן על המשך כאבגב.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
17/08/2015		HYPERURICEMIA
17/07/2016	1ST DEGREE	FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
05/12/2017		VITAMIN D DEFICIENCY
05/12/2017		VITAMIN B12 DEFICIENCY
27/11/2018		IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000UNIT
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000mcg

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



מספר רשיון 120935
טלפון 03-7471200
פקס 03-7471201
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מיכאל לייבמן
תחום מומחה לכירורגיה כללית
כתובת נעמי שמר 15, חולון
מרפאה מרפאה יועצת חולון

תאריך: 28/01/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.05	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3 - 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58 - 6002425					

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
9245	CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE	
923	CONTUSION UPPER LIMB	
9299	CRUSH INJURY	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/01/2024 עד יום 02/02/2024 (בכלל) סה"כ 6 ימים
28/01/2024 28/01/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מיכאל לייבמן **נחתם דיגיטלית**

מרפאה יועצת חולון

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 22829
טלפון 03-5592810

שם הרופא ד"ר קלפנר טיבריו
תחום מומחה ברפואת משפחה
כתובת מרבד הקסמים 5
מרפאה ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

מחוז ת"א

תאריך: 05/02/2024

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.05	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3 - 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58 - 6002425					

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
9245	CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE	
923	CONTUSION UPPER LIMB	
9299	CRUSH INJURY	

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 03/02/2024 עד יום 09/02/2024 (בכלל) סה"כ 7 ימים
05/02/2024 05/02/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר קלפנר טיבריו **נחתם דיגיטלית**

ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



012207008183

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת



מס' זהות: 00033310061

בראי מרדכי תומר

גיל: 47.05 מין: ז

ביקור עקב תאונת עבודה

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 06/05/2024 - 05/02/2024

מס' רישיון



022829

טלפון: 03-5592810

שם הרופא ד"ר קלפנר טיבריו

כתובת: מרבד הקסמים 5

תחום: מומחה ברפואת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



מספר רשיון 31963
טלפון 03-6717800
פקס 03-6717801
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר ויאצ'סלב לשינר
תחום אורטופדיה
כתובת עזרא 11, בני ברק
מרפאה עזרא - בני ברק

תאריך: 04/03/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.06	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3- 5583455
מס בית:	16	טלפון:	58- 6002425	מספר הפניה:	35757049392	תאריך תאונה:	26/01/2024

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757049392

תז נבדק



33310061

רשיון רופא



031963

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.

לכבוד: צילום - X RAY RADIOGRAPHY

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78183	72100	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי	10301023
78181	72070	צילום עמוד שדרה גבי	10301015

המטופל מתלונן על ב-26.1.24 עקב גשם החליק ברחוב במסגרת העבודות, נחבל בגב. עדיין כואב גב כדורים לא עזרו
נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה

ממצאים עיקריים בדיקת ע"ש מתני -לסג-
ללא חוסר נוירוסקולרי או מוטורי
מעט כאב מעט הגבלה בכיפוף, רגישות D12

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	susp# L1	LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
17/08/2015		HYPERURICEMIA
17/07/2016	1ST DEGREE	FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
05/12/2017		VITAMIN D DEFICIENCY
05/12/2017		VITAMIN B12 DEFICIENCY
27/11/2018		IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

נחתם דיגיטלית

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 04/03/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.06	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3- 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58- 6002425					

26/01/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35757049414

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757049414

תז נבדק



33310061

רשיון רופא



031963

לכבוד: מכון פיזיותרפי PHYSIOTHERAPY

בירור וקבעית תור בטל 2700*

במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגים -יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול

פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה ב-26.1.24 עקב גשם החליק ברחוב במסגרת העבודתו, נחבל בגב. עדיין כואב גב

כדורים לא עזרו

נשלח/ה לצילום גב מתני גבי - אוסטופניה קשה, אין שברים

המלצה -טיפול בוויט D כל יום 3000 יח בינ"ל חודש, ובהמשך שנה -טיפול בוויט D

כל יום 2000 יח' בינ"ל

נשלח/ה לפיזיותרפיה

במידה ללא הטבה הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל

זיהום)

חגורת גב

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
17/08/2015		HYPERURICEMIA
17/07/2016	1ST DEGREE	FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
05/12/2017		VITAMIN D DEFICIENCY
05/12/2017		VITAMIN B12 DEFICIENCY
27/11/2018		IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000UNIT
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000mcg

ממצאים קליניים

בדיקת ע"ש מתני -לסג-

ללא חוסר נירוסקולרי או מוטורי

מעט כאב מעט הגבלה בכיפון, רגישות D12

ס.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

04/03/2024

הודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

00033310061

בראי מרדכי תומר

הודפס מאתר כללית ב-06.03.2024 בשעה 12:57 בעבור מרדכי תומר בראי. תעודת זהות: 33310061.



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 06.03.2024

33310061	מרדכי תומר בראי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

ביקר במרפאת כללית בתאריך 26.01.2024 בשעה 10:59
סיבת הביקור ואבחנה מפורטים בתיק הרפואי

האישור הופק באמצעות מערכת האוני-ליין של כללית



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 06.03.2024

33310061	מרדכי תומר בראי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

ביקר במרפאת כללית בתאריך 26.01.2024 בשעה 11:03
סיבת הביקור ואבחנה מפורטים בתיק הרפואי

האישור הופק באמצעות מערכת האוניליין של כללית

י פ ו י כ ח

מרדכי תומר בראי

אני הח"מ, _____, מס' 033310061, מרחוב _____, בן פתחיה 16, בני ברק, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל 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 בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרד ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, טיפוני 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 החונם

היום 8 לחודש 5 שנה 24

X חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>תומר בראי</u> שם משפחה	<u>מרדכי</u> שם פרטי	<u>033310061</u> תעודת זהות	<u>שם האב</u>
<u>בן פתחיה</u> רחוב	<u>16</u> מס'	<u>בני ברק</u> עיר	<u>מיקוד</u>
		<u>טלפון</u>	

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 הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

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

תאריך: 8/5/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

ע"י אייל פרימברג
מס' רשמי: 62254