



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יולי 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
מחלקת נפגעי עבודה
המוסד לביטוח לאומי

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: שי רבנסרי, ת.ז. 305636474
תאונה מיום 19.1.23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעה דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
3. כן רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.


אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



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 תשלום 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.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

פרטי התובע		שם פרטי		שם משפחה	
305636474		ע		רנסרי	
מספר זהות ס"ב		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
305636474		118041991		11/08/91	
מיון		עיסוק		מין	
נכה		שכיר		זכר	
נקה		מתנדב		נקבה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
דואר אלקטרוני		טלפון ביד		דירה	
טלפון קווי		0545695195		ישוב	
				מיקוד	

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

שם משפחה של איש קשר שם פרטי של איש קשר מס' זהות של איש קשר ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, 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		ישוב		מיקוד	
סומק		6						תל גרני-יפו		6807942	

פרטי הפגיעה		תאריך הפגיעה	
119012023		11/09/23	
פרטים על הפגיעה			
פציעת גידים בצוואר, פגיעה בגידים בצוואר, פגיעה בגידים בצוואר			

5

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

٢٥

כאשר והחלה בתוך אשף השירה
הזמין והחלה בתוך זמין תחתיו
הזמין זמין והחלה
הזמין בתוך זמין זמין זמין

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנופגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

קן - חזרתי לאותה העבודה ע"י קושי 22 ל"ב

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - צ"ן 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 דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _

□ אגיע לזעדה עם מלוה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

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

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

☐ לא ☐ כן - צ"ן את שם הנתבע

9

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסוים? ☐ 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 יפיו 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: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע
צורף אישן בהררם

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

הזכרי ש

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף/כתובתו

שם הבנק

0071658736

11026

מזכירות, 15, רחוב ירושלים, תל אביב

קיסריה

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 ו/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 יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 1.7.24 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 1.7.24 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
19 | 01 | 2023
שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

305636474

קוד גמלה

11

שם פרטי

שי

שם משפחה

רזנסקי

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי 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.

x

חתימת המבוטח

1.7.24

תאריך



טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

פרטים כלליים

31437/2023	מספר תיק פלא	יחידת בוחנים מחוז תא	יחידה
ת.ד., ת.ד.	סיווג תיק	אמץ 2, תל אביב	כתובת
ח	מס' מסמך בתיק	03-6801554	טלפון
14:40, 22/01/2023	תאריך	03-6803607	פקס
		bohanim.telaviv@police.gov.il	דואל

לכל המעוניין

1. תאריך
התאונה:

19/01/2023

בשעה

12:15

2. מקום התאונה:

תל אביב - יפו בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	75470	סוג רכב	אופנוע	תוצר רכב	סוזוקי-יפן
חברת ביטוח	ענבל	מספר פוליסה	ענבל	סוג לוחית	משטרית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	305636474	רבנסרי שי	18/04/1991	ת"א - יפו, סומקן 6	קופ"ח / בית חולים - הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	7363465	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	מזדה יפן
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	304837677	גרושה אמנה	18/09/1990	ת"א - יפו, ארליך 39	קופ"ח / בית חולים - הדסה עירוני - איכילוב	קלה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים: 2

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

22/01/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1059104

שם משפחה

ירקוני

שם פרטי

יוסף

פרטי השוטר המוסר

1059104

יוסף

ירקוני

רסב

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

חוקר/בוחן תנועה תאונות דרכים

יחידת בוחנים מחוז תא

מקום שרות

תפקיד

חתימה
22/01/2023 14:40

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' דרוקר אהוד מ.ר. 92576	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רבנסרי	שם פרטי: שי	ת.ז.: 305636474
תאריך לידה: 18/04/1991	גיל: 31	טלפון: 35073664
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: סומקן 6 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6807942

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 19/01/2023 13:10 מספר מקרה: 12825766

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 31.
סיבת פניה: לדבריו נסע באופנועו כאשר מכונית פנתה שמאלה והתנגש בצידה במהירות נמוכה. נחבל בגב תחתון. מדווח על כאב בגב תחתון. ללא חבלת ראש. ללא תלונות אחרות.
מדדים: ל"ד: 131/63, דופק: 93, ללא טאכיפיניה, ללא דסטורציה בדיקה:
A - מדבר
B - כניסת אוויר שווה דו"צ, ללא קרפיטאציות במישוש בית החזה, בית חזה עולה סימטרי
C - יציב, ללא שט"ד
D - אישונים שווים ומגיבים לאור, מניע 4 גפיים
CAPVE - ללא רגישות במישוש כלוב הצלעות ובית החזה, ללא רגישות במישוש הבטן, ללא רגישות באגן, רגישות ע"ג חוליות עמוד שידרה תחתון, סימני שפשוף קלים על שוק ימין.
FAST: תקין
צילום: ללא עדות לשבר

CT עמ"ש-

*תשובה סופית *

קליניקה: בן 31, חבלת גב תחתון
טכניקה: ע"ש המותני נסרק מגובה L1 עד גובה S1.
בוצעו שחזורים סגילים במקביל למרווחים הדיסקלים.
אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה
שחזורים מולטיפלנרים: עמדה תקינה של ע"ש מותני.
מבנה גרמי: ללא עדות לשבר. מרקם גרמי אחיד.
SCHMORL'S NODES: אוסטאופיטים קדמיים קטנים
הסגנת שומן שטחית ברקמות רכות אחורית לחוליות L3-5.
רושם לעיבוי לולאות ג'ג'ונם בבטן שמאלית, ייתכן משנית לפריסטלטיקה. לקורלציה קלינית.
לסיכום:
ללא עדות לשבר.
הסגנת שומן שטחית ברקמות רכות אחורית לחוליות L3-5.

אבחנות במיון

שם: שי רבנסרי	ת"ז: 305636474	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	----------------	--------	----------------------------

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			E819.9	MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED

נתונים קליניים

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
18:34 19/01/2023	ממתין להחלטה
17:35 19/01/2023	ממתין ליועץ, אורתופד
16:31 19/01/2023	ממתין להחלטה
14:49 19/01/2023	השגחה, ממתין לפיענוח

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TETADIF (DIPHTERIA-TETANUS adult) VAC 0.5 ml	Once	14:13 19/01/2023	ml I.M 0.5
		שרון מיכל	

סיכום

כמתואר

יעוץ אורתופד -

בבדיקה:

הליכה בתבנית תקינה, ללא רגישות במישוש עמ"ש

שפשוף באיזור עמוד שדרה מותני

כח גס ותחושה שמורים ברגליים בפיזור L2-S1 דו"צ

SLR שלילי

CROSS שלילי.

הופקו החזרי גידים דו"צ.

ללא החזרים פתולוגיים דו"צ

שוק ימין - שפשוף קל מעל טיביה ממין ללא דפורמציה ללא רגישות גרמית

בצילום - ללא עדות לממצא גרמי חריף

CT - תפיחות רקמה רכה ללא עדות לממצא חבלתי אחר

משוחרר אורתופדיה בהמלצות -

המלצות כלליות

המלצה:

* שיכון כאבים לפי הצורך

* מנוחה/חופש 5 מחלה ימים.

* פיזיותרפיה במסגרת קופ"ח.

* מעקב אורטופד בקופ"ח בעד כשבוע.

* קירור מיקומי

* בכל מקרה של החמרה בכאבים, הופעה של חולשה או ירידה תחושתית בגפיים, אבדן שליטה על סוגרים יש לפנות בדחיפות לרופא.

חופשת מחלה: 5 ימים.

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד עלי מ.ר. 222915	אחות/משחררת	19/01/2023 19:24

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
שנטי מוחמד מ.ר. 1149718	רופא/ה משחרר	19/01/2023 18:41

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

שם: שי רבנסרי	ת"ז: 305636474	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	----------------	-------	----------------------------

בפנייה חוזרת למיין או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

מ.ר. גורם מפנה



031067



ד"ר בן אהרון יוסף

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 308194282

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: רבנסרי		שם פרטי: שי		ת.ז.: 305636474	
ת.לידה: 18/04/1991		מין: ז		טלפון: 000000000		טל.עבודה/נייד: 0545695195	
כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו		מיקוד: 6819046					



0305636474

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיהתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ב19.01 היה מעורב בת"ד
תלונות על כאבי גב

ממצאים: רגישות באיזור שרירי גב תחתון

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- LOW BACK PAIN

מעש/ת: אין מידע

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/01/2023

חתימת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/01/2023 עד תאריך - 22/07/2023



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון (קומה 0, חדר 20)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רבנסרי	שם פרטי: שי	ת.ז.: 305636474
ת.לידה: 18/04/1991	מין: ז	טלפון: 000000000	טל.עבודה/נייד: 0545695195
כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו	מיקוד: 6819046		



אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 19/01/2023 עד יום: 31/01/2023 סה"כ: 13 ימים.

Dys. Road accident
Back pain

23/01/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חתימה וחותמת הרופא



125448

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 308255314

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: נשי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

0000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 18/04/1991



מיקוד - 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

0305636474

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: במהלך עבודתו היה מעורב בת.ד כרכב אופנוע נחבל בגב תחתון שוק ימין נבדק במיון איכילוב, בוצע CT ע"ש מותני תפוחות רקמה רכה ללא ממצא חבלתי צילום שוק ללא ממצא חריג

ממצאים: נשיאת משקל מלאה, עומד על עקבים וקצות בהונות, טווח ע"ש מותני מוגבל, רגישות פרהורבלית, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות, SLR לא הופק

אבחנה:

- CONTUSION
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעש/ת: אין מידע

סיבת ההפניה: גב תחתון- אלקקטורפיה ; תרגילי חיזוק והגמשה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/01/2023 עד תאריך - 22/07/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

23/01/2023

תאריך

חתימה וחוקמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



169478

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

000000000

טלפון:

מין: ז

18/04/1991

ת.לידה:

מיקוד 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:



0305636474

אישור ביקור

בתאריך: 19/02/2023 משעה: 09:00 עד שעה: 10:00

ביקרה/ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

19/02/2023

חתימה וחותמת המכון

תאריך

מר גורם מפנה



169478

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רבנסרי	שם פרטי: שי	ת.ז.: 305636474
ת.לדה: 18/04/1991	מין: ז	טלפון: 0000000000
כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו	טל.עבודה/נייד: 0545695195	מיקוד: 6819046



0305636474

אישור ביקור

בתאריך: 09/03/2023 משעה: 11:20 עד שעה: 12:00

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

09/03/2023

תאריך

חתימה וחותמת המכון

מכבי שירותי בריאות
מכון פיזיותרפיה
סניף יפו

תאריך: 21/03/2023

מכבי שירותי בריאות

נדב דרור

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רבנסרי	שם פרטי: שי	ת.ד.: 305636474
ת.לידה: 18/04/1991	מין: ז	טלפון: 000000000	טל.עבודה/נייד: 0545695195
כתובת: שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו	מיקוד: 6819046		



אישור ביקור

בתאריך: 21/03/2023 משעה: 09:30 עד שעה: 10:30

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

21/03/2023

תאריך

חתימה וחותמת המכון

תאריך: 18/04/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

18/04/2023

נדב דרור

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 18/04/1991

ת.לידה:



מיקוד 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

0305636474

בעמידה ממושכת

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: נדב דרור

שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מכבי שירותי בריאות
מכון פיזיותרפיה יפו
נדב דרור

חתימה

תאריך: 18/04/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

18/04/2023

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

מב דרו

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.ל.י: 18/04/1991

ת.ל.י:



מיקוד: 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

0305636474

סיכום טיפול פיזיותרפיה

18/04/2023

תאריך הפקה:

לכבוד ד"ר ליבשיץ גלעד

305636474

ת"ז:

רבנסרי שי

מרת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION •
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS •

מסמך:

מסמך	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המסמך ינעל מעליי ללא כאבים תוך חודש	הושלם		19/02/2023

טופל החל מ- 19/02/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	40	72
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	5	3
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Modalities-

MODALITY HEAT PACK
MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 4 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מסמך הטיפול: המסמך הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: מטופל ימשיך תרגול עצמאי בביתו. הוסברו עקרונות ETMI לכאבי גב, המטופל הבין. יש לציין שעדיין מרגיש כאבים בחוליות לומבריות בעיקר

חתימה

תאריך: 18/04/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

18/04/2023

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

מב דרו

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305636474

שם פרטי: שי

שם משפחה: רבנסרי

טל.עבודה/נייד: 0545695195

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.ל.י: 18/04/1991

ת.ל.י:



מיקוד: 6819046

שז"ר זלמן 49/20, תל אביב - יפו

כתובת:

0305636474

סיכום טיפול פיזיותרפיה

18/04/2023

תאריך הפקה:

לכבוד דר' ד"ר ליבשיץ גלעד

305636474

ת"ז:

רבנסרי שי

מרת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION •
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS •

מסמך:

מסמך	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המסמך יועל מעליים ללא כאבים תוך חודש	הושלם		19/02/2023

טופל החל מ- 19/02/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	40	72
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	5	3
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Modalities-

MODALITY HEAT PACK
MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 4 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מסמך הטיפול: המסמך הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: מטופל ימשיך תרגול עצמאי בביתו. הוסברו עקרונות ETMI לכאבי גב, המטופל הבין. יש לציין שעדיין מרגיש כאבים בחוליות לומבריות בעיקר

חתימה

יְמוֹי כַּח

אני הח"מ, 30231979, מרחוב ה' 6 ת"ש,
ת.ז. מס' 19.1.23,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נענין תאונת דרכים מיום להיות באי כוחי במשפט של
נגד 19.1.23 בענין תאונת דרכים מיום 19.1.23 בשמי ובמקומי בכל
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ראשי 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 למותן 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 הכת, 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 הנדרשות 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 פסי"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, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני ראשי 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, סימוני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' רישום: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
1710	0	305636474	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
	6	עיר	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחלתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 קופי"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 2254

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____