

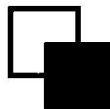


אישור שליחת פקס

40 עמודים
28/8/2024 9:38

זיהוי מקבל
www.myfax.co.il זיהוי שולח

אל 08-9777317
מאת אריאל פרייברג



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

מבלי לפגוע בזכויות

27 אוגוסט 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה

באמצעות פקס: 08-9777317

א.ג.נ.,

הנדון: נופר נרדע, ת.ז. 313265225

תאונה מיום 4.9.23

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה ולהכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ואישור משטרה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 52254

אריאל פרייברג, עו"ד

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

עמוד 1



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

27 אוגוסט 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה

באמצעות פקס: 08-9777317

א.ג.נ.,

הנדון: נופר נרדע, ת.ז. 313265225

תאונה מיום 4.9.23

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה ולהכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ואישור משטרה.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.
רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי

בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>313265225</u> שם משפחה	<u>רפ"ר</u> שם פרטי	<u>100</u> שם האב	<u>7237902</u> מיקוד
<u>קרן ריינס</u> רחוב	<u>4</u> מס'	<u>054-4792802</u> טלפון	<u>7237902</u> מיקוד

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

~~אריאל פרידמן~~
~~מ.ר. 60254~~

~~אריאל~~
~~מ.ר. 60254~~

יפוי כח

אני הח"מ, מסר נרקס

ת.ז.ח.פ. מס' 3326225, מרחוב היזר ביילס 4, רמלה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הני"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 הני"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הני"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 25 לחודש ד שנה 2024

X 14 : חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~מדינת ישראל מריבונות, ע"ד~~
מ.ר. 62254
~~עורך-דין~~

מ.ר. 62254
עורר-דין

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך		דפים	
		01		1	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



**תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה**

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

פרטי התובע		1
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
וייז	וייז	5 2 6 1 3 4 3
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	10 5 4 4 7 8 2 8 10 2	hosek.vorachuk@gmail.com

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

[illegible]

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

מקל המעבים - אם טונה מהתלום במטרה הפנים

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרט יקום העבודה - אם אתה ממלא עובד עם פחות מ-10 שנים									
שם מעסיק/ מפעל מסחר ישראלי					שכיל/ מתנדב/ הכשרה מקצועית				
תפקיד החובע במקום העבודה מנהל מחלקת מכירה									
רחוב / תא דואר 3 בן שמיר		מס' בית 18		כניסה 10		דירה 10		יישוב 100	
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: _____									
(יש להחזיר את הטופס למחלקת הרווחה) - יש להחזיר את הטופס למחלקת הרווחה (יש להחזיר את הטופס למחלקת הרווחה)									
שם העסק					סוג העיסוק				
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
מיקוד									
טלפון קווי			טלפון נייד			טלפון פקס			

2א'

פרטי מקום העבודה - סמל היסטורי

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	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
31/05/23 שנה חודש יום	שני	15:45	04/09/23	

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לבית: רצף 44 חלל תא 300

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר לרקע זיכ 44 חלל תא 300

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט רצף (עסקת מחזור)

קא, שילבט, איז כסא יתום

האם ננחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
רואן חלל		0502310943	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ מכר ☒ חבר לעבודה ☐ אחר

מסירת מסירת ההודעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
31/05/23 שנה חודש יום	חיה טחורה	טכנאית	0506729601

4 פרטי המטופל והרופא (יש לצרף אישור על הפניה מהרשות המקצועית למטופל הרפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
שם המטופל וזמנו	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	שם בית החולים / מחלקה

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

פרט מתי ואיך נפגעת? קצוץ אגודל אצבע, קצוץ אגודל אצבע

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	
		קופ"ח מנהל	

5 סוג ויציאת ההגשה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

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

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____ מס' טלפון _____

כתובת _____

מס' פקס _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, יש לצרף _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☒ המחוזי ☐ מנהל ☐ מס' תיק אחר _____

6 פרטי הגוף המייצג

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 _____ מס' טלפון _____

כתובת _____

מס' פקס _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, יש לצרף _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☒ המחוזי ☐ מנהל ☐ מס' תיק אחר _____

7 פורט פורט

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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום
עד שעה	מתאריך
שעה	שנה חודש יום
עד שעה	מתאריך
שעה	שנה חודש 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 למעלה נעשה על ידי בעל השליטה או מנהל העסק למען השלמות המידע

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 *

9

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

יחיד

אלה החשבו

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

10

פטור ממס הכנסה: ☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי ☐

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 ביועין 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 מושכי 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. 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: 23/05/24 חתימת התובע * אל יחור

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 אפסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

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

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

פרטים על פגישה מתווכת לסיכוי למיפול

1

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

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?

האם סיים 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

תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:
--------------------	--	----------------	------------------------

☐ 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		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברחט	סכום	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
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 וחומת _____

(Handwritten notes)

orda-0104-240106-LTORFA 691018054_0_7232902_0103965132_00313265225_-1633304623_0107070-1211_10.pdf

3

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

האם החתום 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 * _____

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמו 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:

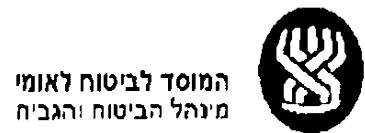
☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

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



פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה - 18.08.2024

פרטי המעסיק:

1

מס' תיק ניכויים
94190130800

שם המעסיק
משטרת ישראל

פרטי העובד:

2

מספר זהות
313265225

מספר עובד
01904169

שם פרטי
נופר

שם משפחה
נרדע

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2023

3

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ימים/שעות	פירוט הבסיס* (חודשי/ימים/שעות)
ינואר	2,379.60	9.28	73.77	83.05	100.00	חודשי	0.00
פברואר	2,235.13	8.72	69.29	78.01	100.00	חודשי	0.00
מרץ	2,805.85	10.94	86.98	97.92	100.00	חודשי	0.00
אפריל	2,255.85	8.80	69.93	78.73	100.00	חודשי	0.00
מאי	2,256.88	8.80	69.96	78.76	100.00	חודשי	0.00
יוני	3,244.75	12.65	100.59	113.24	100.00	חודשי	0.00
יולי	8,358.65	111.75	282.61	394.36	100.00	חודשי	13.00
אוגוסט	13,363.93	451.61	532.88	984.49	100.00	חודשי	25.00
ספטמבר	14,045.89	497.91	566.97	1,064.88	100.00	חודשי	25.00
אוקטובר	13,873.19	486.19	558.34	1,044.53	100.00	חודשי	25.00
נובמבר	13,737.90	477.00	551.58	1,028.58	100.00	חודשי	25.00
דצמבר	13,087.36	432.83	519.05	951.88	100.00	חודשי	25.00

* המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.

* המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

* מספר ימים/שעות - נתון המסכם את סה"כ ימים/שעות העבודה בחודש כולל ימי/שעות חופשה.

משטרת ישראל / חשבת / מנהלית שכר

חתימה וחזתמת מעסיק

מלם שכר בע"מ

שם בית התכנה/לשכת השירות

חותמת 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 <u>31328522</u>	תאריך הפגיעה שנה חודש יום <u>21</u> <u>09</u> <u>2013</u>
שם משפחה ר' (א)	שם פרטי אסר	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

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. תאריך <u>23/05/24</u> חתימת המבוטח * <u>אסר (א) ר'</u>

מסמר חרישום ביומן:

שם היחידה:

הודעה על תאונות דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ חולך רגל ☒ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

[illegible]

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי			דרגה		כתובת היחידה		תאריך שחרור (לחיילים בלבד)	
19041069			רס"י		צוק סלמון		18/12/68	

2. תיאור התאונה

במקום זמני. 23/11 בשעה 11:00
 44 סמאל וטלה לכונן רחם.
 תיאור המקרה: פצת חצרה וקמח קנייה מלחמה וסמל אוד רטא הנהג.
 אפיג רכ (כני ארעם שלע, עקוש הצלחע, אבאם מען שהיה צמוד מדי.
 בל ק, הרק שלע (עצרי קומה מוחלט, הנהג של א נוסח
 מה שמנה פצת רחמה ותר. הקכ' שלטע מאחוריו נכע סנו
 סמחה של כ- 10 קמ"ס וקמחיות. החלפני רחם. אחר הצלח.
 הקומה התחלה (הרעם סכאבים סגד הרתחן אכציואני ארתפתי אכיה.
 אצין שהיני סכאב מוקדף להרעם והתחלה. הרעם אחרים סכאב.
 אחר סמחה סמחן הרעם מוד רפני אולי אטון וסוף. אכצין אחר מרבו
 של יקורי. מעל חשבת (קירוחי- אצל חלל הקסא של

3. נפגעי גוף (פצועים)

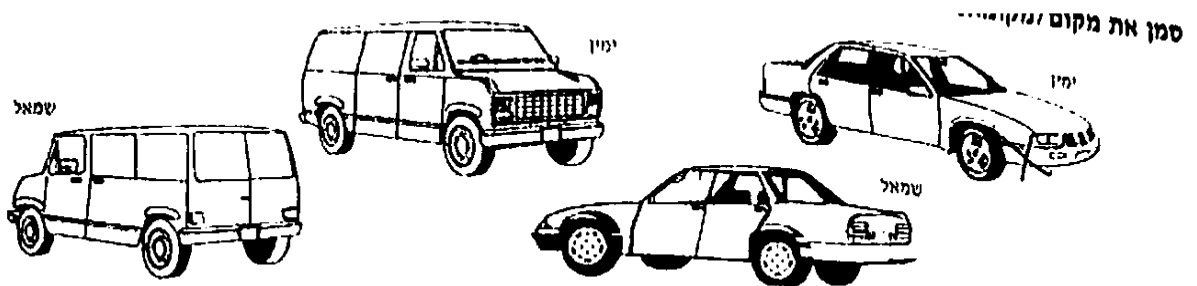
שם הנפג	מס תעודת זהות	כתובת	פינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
וויס (רח)	31326525	רחוב ריינס 4 נתניה	חברת	זה"א סול (רח)

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' ד	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	מחלקת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
2	31947	רע	חלוקה אלון חזון 233 קרון			שמה	5087759
						2200	

• סמן x במקום המתאים.

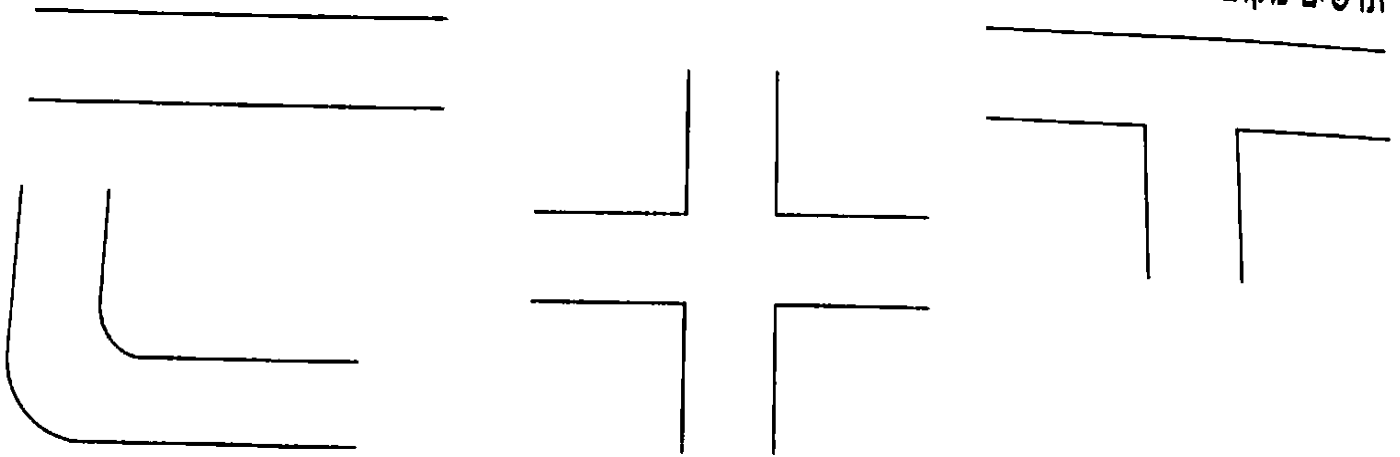
4138-U



6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	פלאפון
האג חאל			10943 73 סנס

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרורים)



8. מעורבות בתאונות קודמות

1. בשנת	בחודש	המקום
2. בשנת	בחודש	המקום

חתימת המודיע

תאריך ההודעה

אשרי זכוריה
חתימה

אשרי זכוריה
יחידה

אשרי זכוריה
שם פרטי ושם משפחה

אשרי זכוריה
מס' אישי

9. פרטי השוטר

סיבת הסגירה
(סמן על-פי המופיע מימין)



10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן x)

3 חוסר עניין לציבור

10 הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

חתימה

תפקיד

שם פרטי ושם משפחה

דרגה

מס' אישי



מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מל"ד: ד"ר גל פחיס
אח"ת אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא אזה פרט שהוא ממש לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבע בחוקים אלו, מעוזה עבירה. מתבזה מכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: נרדע	ת. לידה: 17/10/1995 גיל: 27
שם פרטי: נופר	ת. זהות: 313265225 מין: נקבה
כתובת: הרב ריינס 4/2 רמלה 7232902	מצב משפחתי: נשוי/אה 1
טלפון: 054-4782802	שם האב: ששון שם האם: זהבה
זמן קבלה: 19:09 04/09/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 19:20 04/09/2023	מספר מקרה: 12078321
זמן שחרור: 23:13 04/09/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
922.31			✓			
E929.0						

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיכום רפואי במלרד

בריא עד כה

אלרגיה - ללא

שבוע 8 להריונה, תקין

פנתה למיון אחר שהייתה מעורבת בתד, נוסעת לצד הנהג, מנגנון חאורי. מהירות ביונה 100 קמ"ש. בחשה. לא נפתחו כריות אור. שולטת על סגורים. כאבים בגב תחתון. שוללת חבלת בטן או דימום וגינאלי.

נינוחה, גב ללא רגישות גרמית או סימני חבלה. הליכה תקינה, על אצבעות עוקבים. ללא ליסט או דרופ. כוח שמור בגפיים תחתונות, החזרי פיקה ואכילס סימטרים. ללא סימני UMN. ללא הגבלה ברכינה לפנינים או הירפאקסטנציה של עמ"ש. רגישות PS מותנית קלה.

*****סודי רפואי*****
המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

הוסבר כי לאור גיל ההריון ישנה זכנה בשילומים אולם בהיעדר רגישות גרמית או נירולוגיה, ישנה סבירות נמוכה לפגיעה גרמית. אינה מעוניינת בצילום במיין.
 מועברת להמשך טיפול במיין נשים - חשד להמטומה, ראה יעץ מפורט.
 משוחררת אורטופדית

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.7	88	112/77

המלצות בשחרור

המלצה: המלצות:

-שיטך כאב לפי הצורך בהתאם לבטיחות תרופות בהריון
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
 -קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
 -המשך מעקב רופא מטפל
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לבדיקה רפואית זמינה
 חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר דניאל הדס מ.ר. 146378	רופא/ה מורשה/ת שחרור	04/09/2023 20:16

יעוצים

פרטי המבקש : ד"ר דניאל הדס מ.ר. 146378
 תאריך : 20:57 04/09/2023
 מחלקה מיעצת : נשים
 הגדרת הבעיה : אחר תד, שבוע 8
 השאלה ליועץ : משוחררת אורטופדית, הערכתך להמשך טיפול

תשובת היועץ

סטטוס המשך מעקב
 תאריך
 נרשם ע
 תשובה לא 04/09/2023 22:58
 סופית
 בת 27, +1, ו.א 8.7, שבוע 8.2.
 פנתה לאחר ת"ד לפני מס' שעות.
 ללא פתיחת כריות אוויר. ללא כאבי בטן או דימום.
 סוג דם +B

רקע רפואי:
 בריאה בד"כ, ניתוחים-אבצס פילונידלי, תרופות-0,
 רגישות-0, עישון-0, משפחה- ללא מחלות / תסמונות
 ידועות, ללא היסטוריה של סרטן שד, שחלות או רחם.

רקע מיילדותי:
 G2P1
 VE*1 'בשל חשד למצוקת עובר, משקל 2300 גרם.
 G2
 נוכחי ספונטני.
 סוגר אתמול - נצפה עובר עם דופק תואם שבוע.

רקע גניקולוגי:
 מחזורים סדירים - 28/7

יעוצים

חתימה נרשם ע"י תאריך סטטוס המשך מעקב

תשובת היועץ

PAP / HPV TYPING – תקין לפני כחודשיים-שלושה.
 חיסון נגד HPV – לא ביצעה.

בבדיקתה - נינוחה, במצב כללי טוב, מדדים תקינים
 בטן רכה, ללא רגישות, ללא סימני גירוי צפקי
 PS: פות נרתיק וצוואר סדירים, ללא דימום או הפרשה
 חריגה
 PV: רחם קדמי, נייד, ללא רגישות בהנעת הצוואר, ללא
 רגישות אגנית.

סונר: עובר עם דופק, CRL תואם שבוע 8.2, בסמוך לשק
 ממצא היפואקוגני ייתכן המטומה בגודל 13*7 מ"מ, שחלה
 ימנית 14*23 מ"מ, שחלה שמאלית 27*39 מ"מ עם ממצא
 שמתאים ל-CL בגודל 19 מ"מ, ממצא ציסטי צלול 14*17
 מ"מ, ללא נוזל באגן.
 הערכה אורתופדית תקינה.

לסיכום, לאחר ת"ד.
 הריון ויאבילי תואם שבוע. ממצא חשוד להמטומה כמתואר.
 סוג דם +RH
 מומלץ על מנוחה ואנלגטיקה עפ"י הצורך
 המשך מעקב הריון ורופא מטפל כולל מעקב אחר ממצא
 חשוד להמטומה

תאריך: 05/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023685

דר' אברבך מארט

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא 31 לוד

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: נרדע	שם פרטי: נופר
ת.ז.: 313265225	טלפון: 0544782802
ת.לידה: 17/10/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0544782802	מיקוד: 7232902
כתובת: הרב ריינס 4/2, רמלה	
0313265225	

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2023 בשעה 10:41

תאריך הביקור: 05/10/2023

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים
מעקב מרפאתנו

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002534343681



015805



טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נרדע		שם פרטי: נופר		ת.ז.: 313265225	
ת.לידה: 17/10/1995		מין: נ		טלפון: 0544782802		טל.עבודה/נייד: 0544782802	
כתובת: הרב ריינס 4/2, רמלה		מיקוד: 7232902					

אישור רפואי

מיועד ל: למקום העבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 17/08/2023 בשעה 12:00:34
מעקב הריון

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 19:12:19

בביקור בתאריך 24/09/2023 בשעה 11:01:30

בביקור בתאריך 16/10/2023 בשעה 12:33:02

• PREGNANCY NORMAL
15+w

אבחנות:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- RHINITIS ALLERGIC (11/2012)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- COVID-19 INFECTION - CORONAVIRUS (10/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

• FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:

הערות: הרני לאחר שהנ"ל הייתה במנוחה מ 4.9.23 - 23.10.23 בעקבות תאונת דרכים

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

16/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

גיל: 28.3

שם רופא/ה: דר' אברבך מארט

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 36697761

תלונות: 130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים.
תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד ע"ב 040923 חבלה בגב תחתון
ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

גורם משלם: 6 תאונת עבודה תאריך תאונת עבודה: 04/09/2023

ממצאים: רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה
בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023 רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא
ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

אבחנה

מאפ מאפ

LOW BACK PAIN
CERVICALGIA

נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים.
המשך מעקב מרפאתנו.

המלצות למטופל:

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך





Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

27 אוגוסט 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה

באמצעות פקס: 08-9777317

א.ג.נ.,

הנדון: נופר נרדע, ת.ז. 313265225

תאונה מיום 4.9.23

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה ולהכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ואישור משטרה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>313265225</u> שם משפחה	<u>רפ"ר</u> שם פרטי	<u>100</u> שם האב	<u>7237902</u> מיקוד
<u>קרן ריינס</u> רחוב	<u>4</u> מס'	<u>054-4792802</u> טלפון	<u>7237902</u> מיקוד

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

~~אריאל פרידמן~~
מ.ר. 60254

~~אריאל~~
מ.ר. 60254

יפוי כח

אני הח"מ, מסר נרקס

ת.ז.ח.פ. מס' 3326225, מרחוב היזר ביילס 4, רמלה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הני"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 הני"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הני"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 25 לחודש ד שנה 2024

X 14 : חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~מדינת ישראל מריבונות, ע"ד~~
מ.ר. 62254
~~עורך-דין~~

מ.ר. 62254
עורר-דין

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	31326525
סוג המסמך	01
דפים	1

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
רז	אור	31326525

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0544781812	hahayonah@gmail.com

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. לדיעקתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מנו, למעטבים – אם ישנונה מהחלטות במטה הכפרים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

פרטי מקום העבודה: אם אתה עובד עם פחות מ-10 עובדים, אנא מלא שטח 2

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
מסלול ישראלי	מפעל אורק 100

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
31326525	18			יפ	

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ למוסד – נא לציין אישור על הפגיעה מאותה מועדון/היחיד המלווה/לשכת)

שם העסק	סוג העיסוק

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

2א'

פרטי מקום העבודה = סמל היסטורי

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	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
31/05/23 שנה חודש יום	שני	15:45	04/09/23	

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לבית: רצף 44 חלק 4 תל אביב

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר לרקע זיכ 44 חלק 4 תל אביב

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט רצף 44 חלק 4 תל אביב

קא, שילבט, איז כסא יונה

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

שם	כתובת	מספר טלפון	☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
רואן חלוא		0502310943	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ מכר ☒ חבר לעבודה ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
31/05/23 שנה חודש יום	חיה טחורה	סגנית מנהל	0506729601

4 פרטי המטופל והרופא (יש לצרף אישור על הפניה והראשונה לקבלת מטופל היפוא)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
שם המטופל וזכרון	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	שם בית החולים / מחלקה

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

פרט מתי ואיך סבלת ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט מתי ואיך סבלת ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	
		קופ"ח מנהל	

5 סוג ויציאת 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 _____

התביעה הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

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

בל73: "יפיו כוח וזיתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

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

6 פרטי המטופל והרופא

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 _____

כתובת _____ מס' פקס _____

דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, יש לצרף _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☒ המחוזי ☐ מנהל ☐ מנהל ☐ מנהל

פירוט הפגיעה

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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

מתאריך	עד תאריך	משעה	עד שעה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שעה	שעה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שעה	שעה

☐ 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 למעלה נעשה על ידי בעל השליטה או מנהל העסק למען השלמות התהליך

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 *

9

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

יחיד

אלה החשבו

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

10

פטור ממס הכנסה: ☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי ☐

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 ביועץ 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 מושכי 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. 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: 23/05/24 חתימת התובע * אל יחור

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 אפסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

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

003629

האם יש
הוצאות
למשל
הוצאות
למשל
הוצאות

1

פירוט תביעה / תביעה 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 שנזן 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? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פירוט שכר / תוספות להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכיים במוסד לביטוח לאומי
_____	_____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		שם התשלום	לתיקופה	סכום
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
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

☐ 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 לביורור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

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

3

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

האם החתום 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 * _____

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמו 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:

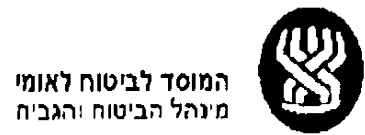
☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

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



פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה - 18.08.2024

פרטי המעסיק:

1

מס' תיק ניכויים
94190130800

שם המעסיק
משטרת ישראל

פרטי העובד:

2

מספר זהות
313265225

מספר עובד
01904169

שם פרטי
נופר

שם משפחה
נרדע

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2023

3

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ימים/שעות	פירוט הבסיס* (חודשי/ימים/שעות)
ינואר	2,379.60	9.28	73.77	83.05	100.00	חודשי	0.00
פברואר	2,235.13	8.72	69.29	78.01	100.00	חודשי	0.00
מרץ	2,805.85	10.94	86.98	97.92	100.00	חודשי	0.00
אפריל	2,255.85	8.80	69.93	78.73	100.00	חודשי	0.00
מאי	2,256.88	8.80	69.96	78.76	100.00	חודשי	0.00
יוני	3,244.75	12.65	100.59	113.24	100.00	חודשי	0.00
יולי	8,358.65	111.75	282.61	394.36	100.00	חודשי	13.00
אוגוסט	13,363.93	451.61	532.88	984.49	100.00	חודשי	25.00
ספטמבר	14,045.89	497.91	566.97	1,064.88	100.00	חודשי	25.00
אוקטובר	13,873.19	486.19	558.34	1,044.53	100.00	חודשי	25.00
נובמבר	13,737.90	477.00	551.58	1,028.58	100.00	חודשי	25.00
דצמבר	13,087.36	432.83	519.05	951.88	100.00	חודשי	25.00

* המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.

* המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

* מספר ימים/שעות - נתון המסכם את סה"כ ימים/שעות העבודה בחודש כולל ימי/שעות חופשה.

משטרת ישראל / חשבת / מנהלת שכר

חתימה וחזתמת מעסיק

מלם שכר בע"מ

שם בית התכונה/לשכת השירות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישית		1
קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון <u>31328522</u>	תאריך הפגיעה שנה חודש יום <u>21</u> / <u>09</u> / <u>10</u>
שם משפחה ר' (ר)	שם פרטי אסר	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

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. תאריך <u>23/09/24</u> חתימת המבוטח * <u>אסר ר' (ר)</u>

תאריך הרישום ביומן:

מספר הרישום ביומן:

שם היחידה:

ישראל



משטרה

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעה: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ חולך רגל ☒ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מסלח יד
313265225	ורדי	אורי	עמר	14/10/95	נצרה
מקום מגור	מיקוד	טלפון	מקום עבודה	מס' טלפון	מס' פלאפון
הרצליה	4	052-4442802	נא		
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון נהיגה	בתיקף עד	תאריך הוצאת הרישיון	עד התאריך	עד התאריך
9577639	B	17/10/29	30/10/19		
מס' רכב	סוג	תוצר/דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
42970301	פס/מסל	קיה	2019		
חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאריך השלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך	עד התאריך
נשרי					

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה	תאריך שחרור (לחיילים בלבד)
4904169	רס"ר	פק סמט 8 מ	

2. תיאור התאונה

בתאריך 14/12 בשעה 21:45 במקום כביש 44 סמאל וטלה לכיוון רמת השרון.
 תיאור המקרה: פירי חצרה והמנה קנייה משרותי וסבת איד רטא הנהג.
 אסיה רבה (נכס) ארעם שלע, סקוסי הצלחתי לבוא מנין שהיה צמוד מדי.
 פל ק, הרכב שלע (עצור) קימה מוחלט, הנהג שלע על נוסח.
 מה שמנה פירי רכב חמוה וותר. הנהג שלע מנחורית נכס סני.
 סמחה של כ- 20 קמ"ש וסמחה רות. החלטה פלס. אחר הצלחתי.
 הצויה התחלה (הרעם) סקאקים סגד הרתמן ארצואי (התפנה) רכיה.
 אצין שהייתי בסמוך מוקדף להרוג והתחלתי להרעם אחרים בסמוך.
 אחר שסיימתי סמיון הרעל מיד רשתי אולי אטיון ושלם לבצק זמ מלכו.
 ל הוקדיר. משה השכרת (קדוחות) אצין חלש הקשה של.

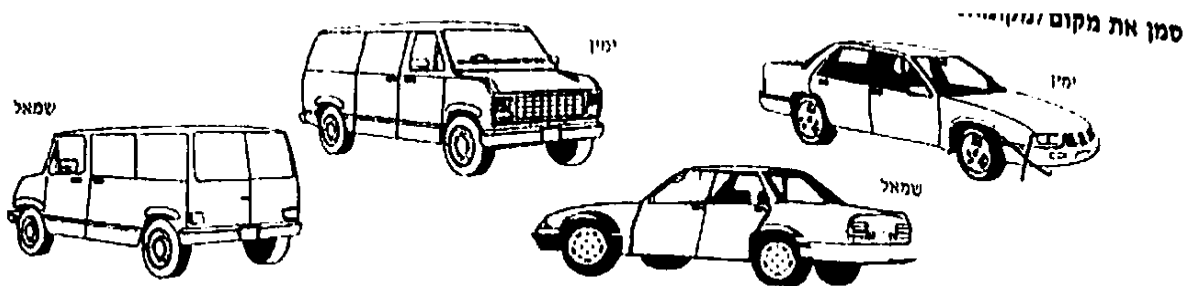
3. נפגעי גוף (פצועים)

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	פינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
אורי ורדי	313265225	הרצליה	אורי ורדי	אסל רחמי

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
3194723	רכב	אורי ורדי	אורי ורדי	052-4442802	נא	2000

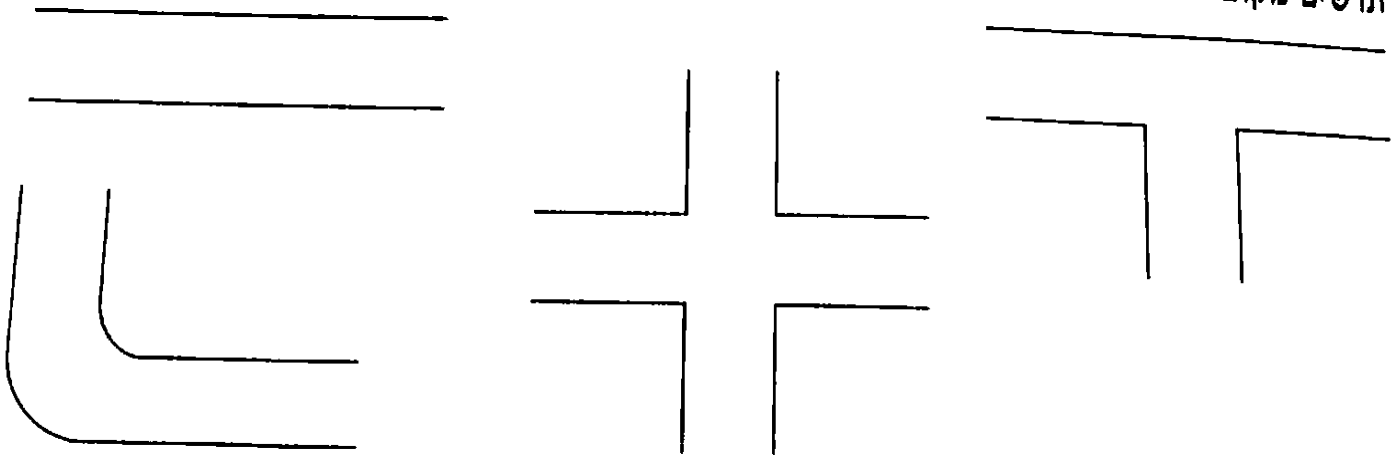
* סמן x במקום המתאים.



6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	פלאפון
האג חאל			10943 73 סנס

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרורים)



8. מעורבות בתאונות קודמות

1. בשנת	בחודש	המקום
2. בשנת	בחודש	המקום

חתימת המודיע

תאריך ההודעה

אשרי זכוריה
חתימה

אשרי זכוריה
יחידה

אשרי זכוריה
שם פרטי ושם משפחה

אשרי זכוריה
מס' אישי

9. פרטי השוטר

סיבת הסגירה
(סמן על פי המופיע מימין)



10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן X)

3 חוסר עניין לציבור

10 הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

חתימה

תפקיד

שם פרטי ושם משפחה

דרגה

מס' אישי



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח"ת אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא אזה פרט שהוא ממש לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבע בחוקים אלו, מעוזה עבירה. מתבזה מכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: נרדע	ת. לידה: 17/10/1995 גיל: 27
שם פרטי: נופר	ת. זהות: 313265225 מין: נקבה
כתובת: הרב ריינס 4/2 רמלה 7232902	מצב משפחתי: נשוי/אה 1
טלפון: 054-4782802	שם האב: ששון שם האם: זהבה
זמן קבלה: 19:09 04/09/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 19:20 04/09/2023	מספר מקרה: 12078321
זמן שחרור: 23:13 04/09/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
922.31			✓			
E929.0						

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיכום רפואי במלרד

בריא עד כה

אלרגיה - ללא

שבוע 8 להריונה, תקין

פנתה למיון אחר שהייתה מעורבת בתד, נוסעת לצד הנהג, מנגנון חאורי. מהירות ביונה 100 קמ"ש. בחשה. לא נפתחו כריות אור. שולטת על סגורים. כאבים בגב תחתון. שוללת חבלת בטן או דימום וגינאלי.

נינוחה, גב ללא רגישות גרמית או סימני חבלה. הליכה תקינה, על אצבעות עוקבים. ללא ליסט או דרופ. כוח שמור בגפיים תחתונות, החזרי פיקה ואכילס סימטרים. ללא סימני UMN. ללא הגבלה ברכינה לפנים או הירפאקסטנציה של עמ"ש. רגישות PS מותנית קלה.

*****סודי רפואי*****
המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

הוסבר כי לאור גיל ההריון ישנה זכנה בשילומים אולם בהיעדר רגישות גרמית או נירולוגיה, ישנה סבירות נמוכה לפגיעה גרמית. אינה מעוניינת בצילום במיין.
 מועברת להמשך טיפול במיין נשים - חשד להמטומה, ראה יעץ מפורט.
 משוחררת אורטופדית

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.7	88	112/77

המלצות בשחרור

המלצה: המלצות:

-שיטך כאב לפי הצורך בהתאם לבטיחות תרופות בהריון
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
 -קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
 -המשך מעקב רופא מטפל
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לבדיקה רפואית זמינה
 חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר דניאל הדס מ.ר. 146378	רופא/ה מורשה/ת שחרור	04/09/2023 20:16

יעוצים

פרטי המבקש : ד"ר דניאל הדס מ.ר. 146378
 תאריך : 20:57 04/09/2023
 מחלקה מיעצת : נשים
 הגדרת הבעיה : אחר תד, שבוע 8
 השאלה ליועץ : משוחררת אורטופדית, הערכתך להמשך טיפול

תשובת היועץ

סטטוס המשך מעקב
 תשובה לא
 תאריך 04/09/2023
 נרשם ע' דר' גל סט
 מעקב 22:58
 מ.ר. 19.0

בת 27, +1, ו.א 8.7, שבוע 8.2.
 פנתה לאחר ת"ד לפני מס' שעות.
 ללא פתיחת כריות אוויר. ללא כאבי בטן או דימום.
 סוג דם +B

רקע רפואי:
 בריאה בד"כ, ניתוחים-אבצס פילונידלי, תרופות-0,
 רגישות-0, עישון-0, משפחה- ללא מחלות / תסמונות
 ידועות, ללא היסטוריה של סרטן שד, שחלות או רחם.

רקע מיילדותי:
 G2P1
 VE*1 'בשל חשד למצוקת עובר, משקל 2300 גרם.
 G2
 נוכחי ספונטני.
 סוגר אתמול – נצפה עובר עם דופק תואם שבוע.

רקע גניקולוגי:
 מחזורים סדירים – 28/7

יעוצים

חתימה נרשם ע"י תאריך סטטוס המשך מעקב

תשובת היועץ

PAP / HPV TYPING – תקין לפני כחודשיים-שלושה.
 חיסון נגד HPV - לא ביצעה.

בבדיקתה - נינוחה, במצב כללי טוב, מדדים תקינים
 בטן רכה, ללא רגישות, ללא סימני גירוי צפקי
 PS: פות נרתיק וצוואר סדירים, ללא דימום או הפרשה
 חריגה
 PV: רחם קדמי, נייד, ללא רגישות בהנעת הצוואר, ללא
 רגישות אגנית.

סונר: עובר עם דופק, CRL תואם שבוע 8.2, בסמוך לשק
 ממצא היפואקוגני ייתכן המטומה בגודל 13*7 מ"מ, שחלה
 ימנית 14*23 מ"מ, שחלה שמאלית 27*39 מ"מ עם ממצא
 שמתאים ל-CL בגודל 19 מ"מ, ממצא ציסטי צלול 14*17
 מ"מ, ללא נוזל באגן.
 הערכה אורתופדית תקינה.

לסיכום, לאחר ת"ד.
 הריון ויאבילי תואם שבוע. ממצא חשוד להמטומה כמתואר.
 סוג דם +RH
 מומלץ על מנוחה ואנלגטיקה עפ"י הצורך
 המשך מעקב הריון ורופא מטפל כולל מעקב אחר ממצא
 חשוד להמטומה

תאריך: 05/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023685

דר' אברבך מארט

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא 31 לוד

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: נרדע	שם פרטי: נופר
ת.ז.: 313265225	טלפון: 0544782802
ת.לידה: 17/10/1995	מין: נ
כתובת: הרב ריינס 4/2, רמלה	מיקוד: 7232902
0313265225	

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2023 בשעה 10:41

תאריך הביקור: 05/10/2023

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים
מעקב מרפאתנו

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002534343681



015805



טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נרדע		שם פרטי: נופר		ת.ז.: 313265225	
ת.לידה: 17/10/1995		מין: נ		טלפון: 0544782802		טל.עבודה/נייד: 0544782802	
כתובת: הרב ריינס 4/2, רמלה		מיקוד: 7232902					

אישור רפואי

מיועד ל: למקום העבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 17/08/2023 בשעה 12:00:34
מעקב הריון

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 19:12:19

בביקור בתאריך 24/09/2023 בשעה 11:01:30

בביקור בתאריך 16/10/2023 בשעה 12:33:02

• PREGNANCY NORMAL
15+w

אבחנות:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- RHINITIS ALLERGIC (11/2012)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- COVID-19 INFECTION - CORONAVIRUS (10/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

• FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:

הערות: הרני לאחר שהנ"ל הייתה במנוחה מ 4.9.23 - 23.10.23 בעקבות תאונת דרכים

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

16/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

גיל: 28.3

שם רופא/ה: דר' אברבך מארט

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 36697761

תלונות: 130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים.
תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד ע"ב 040923 חבלה בגב תחתון
ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

גורם משלם: 6 תאונת עבודה תאריך תאונת עבודה: 04/09/2023

ממצאים: רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה
בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023 רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא
ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

אבחנה

מאפ מאפ

LOW BACK PAIN
CERVICALGIA

נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים.
המשך מעקב מרפאתנו.

המלצות למטופל:

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

