



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה			
שנה	חודש	יום	

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	
חלילה נאמן	926010125	0521208103	
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
כרכל	כאסר		0521208103

לכבוד קופת חולים / בית חולים מכר נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
מחיון זל	שמואל זלמנון
מספר זהות / דרכון	מין
028820884	זכר ☒ נקבה ☐

פרטי התאונה	
נפגע בתאריך	שנה חודש יום
04/08/14	16/3/14
כאשר עבד ב	מספר עובד / דרכון
מחלקה	028820884
מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר	
כתובת מקום התאונה	
מחלקה, חדר 101, בניין 101, חדר 101	
תיאור התאונה	
מסוק	
האיבר שנפגע	

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	שם החותם
15/8/24	מאיה בן זקן
תפקיד החותם	מאיה בן זקן
מאיה בן זקן מזכירת משאבי אנוש חברת הביטוח וסדר ציבורי	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



038109



ד"ר ברנשטיין אילנית

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מימון קשת	שם פרטי: שלמה אדם	ת.ז.: 28820884
ת.לידה: 19/08/1971	מין: ז	טלפון: 039629091	טל.עבודה/נייד: 0548874041
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	מיקוד: 7573008	0028820884	

תאונת עבודה

מסמך רפואי

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

תאריך: 25/08/2024

שם האב ציון	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו עיריית ראשון לציון	מקצוע איש ביטחון
ת. פגיעה 07/08/2024	שעה 16:30	התעסקות בשעת הפגיעה	שם הרופא המטפל ד"ר ברנשטיין אי	נמצא בטיפול מיום 08/08/2024
האיבר שנפגע יד ימין				

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בריא בד"כ. קצין ביטחון. יד ימין דומיננטית. ב-07.08 בשעה 16:30 בעבודה נפילה במדרגות. חבלה ליד ימין מושטת לפני. בצילום צדדי הודגם שבר ניתוק בעצם הטריקוטרם.

הממצא הקליני:

שבר תלישה עצם מסרק כף יד ימין

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

מכבי

אבחנה:

בתאריך: 08/08/2024

• FRACTURE METACARPAL BASE CLOSED Right

הטיפול שניתן על-ידינו: מנוחה, נגד כאבים, קיבוע עם גבס, מעקב אורטופד

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 54 ימים, היינו מיום: 08/08/2024 עד יום: 30/09/2024 (בכלל)

25/08/2024

תאריך הבדיקה

ד"ר אילנית ברנשטיין
מומחית ברפואת המשפחה
מ.ר גורם מפנה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



0300407921



150573



קוד הפניה: 391204629

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

הבדיקה הדרושה

קוד

3100

פרק כף יד ימין (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר רדיוס?

דחיפות הפענוח: דחוף

תלומת: בריא בד"כ. קצין ביטחון. יד ימין דומיננטית. אתמול בעבודה נפילה במדרגות. חבלה ליד ימין מושטת לפנים.

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)

• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

כן

מעש/ת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/08/2024 עד תאריך - 04/02/2025

08/08/2024

תאריך

חתימה וחומת

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

דחוף

תאריך: 08/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף

כירורגיה אורתופדית



150573



08/08/2024

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מימון קשת	שם פרטי: שלמה אדם
ת.ז.: 28820884	
ת.לידה: 19/08/1971	מ.י.נ: ז
טלפון: 039629091	טל.עבודה/נייד: 0548874041
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	מיקוד: 7573008
0028820884	

אישור מחלה

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

סה"כ 32 ימים.

08/09/2024

עד יום:

08/08/2024

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום:

מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
ד"ר אסף מוריה
מחלקה אורתופדית
מ.ר. 150573

08/08/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



מיקום

רח' מזל אליעזר 13, אזור התעשייה החדש ראשל"צ

תאריך

15.08.24

שעה

23:30

זמן ביקור צפוי במכון עד כשלוש שעות

פרטי זימון התור ישלחו אליך לכתובת המייל על פי הפרטים המעודכנים במערכות אסותא

הנחיות רפואיות

- יש להצטייד בבדיקות קודמות (לא בהכרח CT) של אזור הבדיקה

הנחיות לבדיקה

- כרטיס מגנטי
- הפניה בתוקף אשר תכלול את פרטי הרופא המפנה לרבות שם וטלפון בו ניתן להשיגו
- יש להביא תעודת זהות או רשיון נהיגה.
- רויסה למרח הרפואי לרונשאי ונעה תוחר רונד האנח רישיון. או אפשרות להפקיד ונעה רמקריח

פרטי זימון התור ישלחו אליך לכתובת המייל על פי הפרטים המעודכנים במערכות אסותא

הנחיות רפואיות

יש להצטייד בבדיקות קודמות (לא בהכרח CT) של אזור הבדיקה

הנחיות לבדיקה

- כרטיס מגנטי
- הפניה בתוקף אשר תכלול את פרטי הרופא המפנה לרבות שם וטלפון בו ניתן להשיגו
- יש להביא תעודת זהות או רשיון נהיגה.
- כניסה למרכז הרפואי לנושאי נשק תותר כנגד הצגת רישיון. אין אפשרות להפקיד נשק במקרים בהם נושא הנשק הוא המטופל ואין ביכולתו לשאתו בשל הבדיקה/ הטיפול.

ביטול תור

תור נוסף

הדפס

שמור ביומן שלי

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל. עבודה/בייד: 0548874041

טלפון: 039629091

מין: ז

ת.לידה: 19/08/1971



מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

0028820884

הפניה למכון דימות - C.T - מרכז טיפול יום

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

בריא בד"כ. קצין ביטחון. יד ימין דומיננטית. אתמול בעבודה נפילה במדרגות. חבלה ליד ימין מושטת לפני.

ממצאים:

עור שלם. רגישות ממוקמת על רדיוס דיסטלי. ללא רגישות נוספת לאורך הגפה. ללא סימני סקפואיד. ללא חסר מוטורי או תחושת באצבעות דפקים דיסטלים נמושו היטב.

הערכה:

בצילום סימן - PUPING DUCK - שבר קורטקס אחורי של הטריקוואטרון. הורכב סד גבס וולארי. דיברנו על הממצאים. הוסבר על המשך ביחור בCT.

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)
• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

רגישויות:

- 15/07/2015 - לא ידוע
- 07/11/2016 - לא ידוע על רגישות
- 18/07/2019 - no

תרופות קבועות:

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

מעשנ/ת: כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT שורש כף יד

שאלה לרדיולוג:

פרק כף יד ימין- שבר טריקוואטרון?

בדיקת מעבדה	תוצאה	לפני	תאריך ביצוע
Creatinine (B)	1.12	3.2 שנים	06/06/2021
eGFR	76	3.2 שנים	06/06/2021

שם הרופא: ד"ר מוריה אסף

תאריך: 08/08/2024

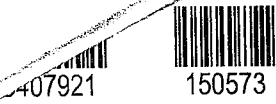
מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף
כירורגיה אורתופדית

08/08/2024

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי



קוד הפניה: 391210349

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ד.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל. עבודה/נייד: 0548874041

טלפון: 039629091

מין: ז

ת.לידה: 19/08/1971



כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

0028820884

מיקוד 7573008

הפניה למכון דימות - C.T - מרכז טיפול יום

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/08/2024 עד תאריך - 04/02/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

עמוד 1 מתוך 10

ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
028820884

סוג
01

דפים
המסמך

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה

☐ מחלת מקצוע, פרט

☐ מתנדב

☐ עצמאי

☒ שכיר

☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

☐ הכשרה מקצועית

פרטי התובע

שם משפחה

חיימון קרן

שם פרטי

שלמה ארמני

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

028820884

תאריך עלייה

שנה חודש יום

תאריך לידה

19081771

מספר אישי בצה"ל

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרודה ☐ נשוי/אה ☒ גרושה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
קלמן	11		10	השן 3	

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0548874041	eddy K22@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. לידיעתך, 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

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 2 מתוך 10

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		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____			
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)			
שם העסק	סוג העיסוק		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד
טלפון נייד _____ מס' פקס _____			

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	צה"ל ☐	משמר הכנסת ☐	טלפון קווי
שב"ס ☐	משא"ז ☐	טלפון נייד	
משטרה ☐	אחר ☐	מס' פקס	
רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

נא ציין את מספר תעודת זהות 2288 20884 ותאריך הפגיעה 7/8/2024 עמוד 3 מתוך 10

7/8/2024

ותאריך הפגיעה 0288 20884

בנא ציין את מספר תעודת זהות

פרטי הפגיעה		תאריך הפגיעה	
שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע
8:00	8/8/2024	16:20	רביעי
		0179814024	
		שנה	חודש
		יום	

היכן אירעה הפגיעה? _____

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל

בדרך לעבודה: ☐ בדרך לביתך ☐ תאונה בבניין ☒

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

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

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

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונות דרכים? ☒ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה		
תאריך מסירת ההודעה		
שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
ישראל קרן	מנהל	053-2439012
8 08 2024 יום חודש שנה		

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)			
האיבר שנפגע		שם כף יד	
מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)		טקס	
מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)		תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	
שם בית החולים / מחלקה		0830 08082424	
תקופת אשפוז		שעה	
רשמי חולה נגב		שנה חודש יום	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן		קופת חולים שבה אתה חבר	
פרט		☐ כללית ☐ לאומית ☒ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר	
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ד"ר נחמה	כירורגיה	שבה טופלת/ או אני מטופל	03-9541111
		15 3,000	

5 סיוע בהגשת התביעה

האם הביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	מספר התיק במשטרה
2	האם נפגעת בהיותך:	☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)
3	סוג הרכב המעורב בתאונה:	☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.
4	הרכב בבעלות:	☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____
5	פרטי הנהג	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____ שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____ שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח _____ מס' פוליסה _____
7	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

פרטים על תאונה בנזיקין

☐ נפילה ממקום גבוה ☒ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

סוג התאונה בנזיקין

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

תביעה נגד עיריית ראשון שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☒ כן

הרביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

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

☐ שהיתי
בעסק /
בעבודתי

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

לא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 6 מתוך 10

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

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה 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 ☒

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון _____

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
מסר	תל אביב	501	365842

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

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 כדיון, 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 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.

תאריך 16/8/2024 חתימת מקבל התשלום ☒ _____

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

2

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

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

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

חתימת התובע

תאריך 16/8/2024

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: ייפוי כח, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		

פּוֹטִים עַל פִּגְעָה מִחוּץ לַעֶסֶק אוֹ לַמַּעֲשֵׂה

3

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תור 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

2. שם

.7.3

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

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 שבר 4-החדשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

[illegible]

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

חודשי

זרעי

כ"ו

 : 72

באריך תחילת עבודה:

מספר ימי העבודה
בשבוע: _____

ה'יקף המשרה ב-%

[illegible]

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בבטבלה 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 שנקללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
יולי		☐	☐				
אוגוסט		☐	☐				
ספטמבר		☐	☐				
אוקטובר		☐	☐				
נובמבר		☐	☐				
דצמבר		☐	☐				

☐ 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 _____

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

פרטים על חילום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

15

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)

הצהרת המעסיק

16

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 * _____

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כיוון:

☐ 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 וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 10288208814	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 01/08/2024
שם משפחה מילר	שם פרטי שלמה אלכנן	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך _____ 16/8/2024 חתימת המבוטח x _____



תאריך:

לכבוד

4100 2000 920

ממלכת ישראל/העבודת/ההעבודה

התאחדות העובדים הכללית

32.0202 נורתל עבודה

179.0

שם מלא	מספר זיהוי	מנהל/אגף/יחידה	תפקיד
שלמה אלמנה	028820884	ביטחון מים	ד"ר

100-1237-1A11N

2. חובות שיש להם זכות קניין:

תאריך התאונה: 7/8/21 שעה: 16:30 יחידת התאונה:

תאריך התאונה: 14/11/2014 שעה: 12:15
☐ במהלך העבודה ☐ בדרך לעבודה ☒ בחזרה מהעבודה ☐ תאונת זריקים ☐ אחר (פרט)

3. פנימיות והפנימיות בעת התאווה:

☐ הפעלת מכונה ☐ תיקון/תחזוקת מכונה ☐ טלטול חפצים ☐ טיפול בחומרים ☐ בניין ותחזוקת מבנים
☐ נתינה/טיפול ☐ מיועד/שירות ☐ אי ביצוע מטלה ☒ ספורט ☐ אחר (פרט) מ/ק

320ND 212914

4. 1947. 11. 11

כא פרטי, כיוצא וגרמה ובמה עסקת בעת הפגיעה -

בא פדטי, כיצד נרמח ובמה עסקת בעת הפגיעה -
 בסוף המעורר הירצה ל'כא' החליט
 להכיר את כל המסמך על 'צ' דמי' את הנכס. המסמך בפי

האיבר שנפגע 4, 3 ימין מהות החבלה ולדוגמה שבר, פצע) שני השונים כל ה3

5. הטיפוס הרפואי:

הטיפול הרפואי: ☐ עזרה ראשונה במקום שבו אירעה התאונה ☐ מד"א ☐ חדר מיון ☒ קופ"ח ☐ אשפוז ☐ לא נזקק לטיפול

6. עדים לתאונה:

☒ לא נכחו עדים ☐ נכחו עדים:

לא נכחו עדים ☒ נכחו עדים: ☐
 שם: _____ כתובת בבית: _____
 מוכר לעבודה ☐ מוכר ☐ אחר ☐
 מוכר לעבודה ☐ מוכר ☐ אחר ☐

שם _____ כתובת בבית _____
 שם _____ כתובת בבית _____
 חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

7. הצהרת העומד/ת:

ת: אני מצהירה/ה בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בדוח זה הינם נכונים.
ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

חתימה:

תאריך: 16/8/2024

8. בדיקת תוכן המסמך על ידי המנהל/ת (מסמך מנהל יחידה ומעלה):

עוד הבהיר כי המסמך נמצא בסיועו של המנהל/ת, לכן גם את היותו חתום עליו.
 המסמך נמצא בידו של המנהל/ת, לכן גם את היותו חתום עליו.
 המסמך נמצא בידו של המנהל/ת, לכן גם את היותו חתום עליו.
 המסמך נמצא בידו של המנהל/ת, לכן גם את היותו חתום עליו.
 המסמך נמצא בידו של המנהל/ת, לכן גם את היותו חתום עליו.

הסמך זה שולח למנהל/ת לפי דעתו של המנהל/ת הישיר:
☐ בעד/נגד חתום ☐ אי שיתוף באמצעות מיון/בדל מגן ☐ חוסר מיומנות
☒ אחר: אין שיתוף

הרשית המסמך הנשיר:

שם מלא	הפקיד	מינהל/אגף/יחידה
ד"ר י. י. י.	ד"ר י. י. י.	מנהל/אגף/יחידה

9. אישור/ית:

חתימה	תאריך	חוקר/הערות	שם	הפקיד
מנהל האגף הנוגע	16.8.24	ד"ר י. י. י.	ד"ר י. י. י.	ד"ר י. י. י.
ראש היחידה הנוגע				
ממונה על בטיחות במבצע				
קצין בטיחות בתעבורה				

תפוצה: לבן - לאגף משאבי אנוש - מעקב, ורוד - לאגף משאבי אנוש - תיק אישי, צהוב - לממונה על בטיחות בעבודה, תכלת - למעקב במינהל/אגף/יחידה בו מועסק העובד/ת.
 ראש העירייה, סגן ראש העירייה, מנכ"ל העירייה - למכותבים אלה ידוע רק על פגיעה שבעקבותיה אושפז העובד או נפטר (ח"ו).
 * קצין בטיחות בתעבורה - לגבי תאונה שבה מעורב רכב העירייה ויש נפגעים.

תאריך: 18/08/2024

מ.ר גורם מפנה



0338003122



135691

קוד הפניה: 392573710



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
25/08/2024

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

מיקוד 7573008

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה	פרק כף יד ימין ושמאל (AP+LAT)
3101		

שאלה למבצע הבדיקה: צילום ביקורת ללא גבס

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14 בריא בד"כ. קצין ביטחון. יד ימין דומיננטית. אתמול בעבודה נפילה במדרגות. חבלה ליד ימין מושטת לפנים.

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 14:16:26

ממצאים:

בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14 עור שלם. רגישות ממוקמת על רדיוס דיסטלי. ללא רגישות נוספת לאורך הגפה. ללא סימני סקפואיד. ללא חסר מוטורי או תחושת באצבעות דפקים דיסטלים נמושו היטב.

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 14:16:26 סיטי שורש כף היד - הודב 4 שבר תלחישה בטריקואטרום נא לחסור לבדיקה עם פענוח!

אבחנה:

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)

• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

ק

מעש/ת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/08/2024 עד תאריך - 14/02/2025

18/08/2024

תאריך

חתימה וחותמת

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

גיל: 52.11

מספר ביקור: 612450

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:22:24 18/08/2024 משככי כאבים ביקורת עוד כשבועיים ב-27.08.2024 עם חגרות MANULOCK צילום ביקורת ללא גבס. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14
בריא בד"כ. קצין ביטחון. יד ימין דומיננטית. אתמול בעבודה נפילה במדרגות. חבלה ליד
ימין מושטת לפנים.

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 14:16:26
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14
עור שלם. רגישות ממוקמת על רדיוס דיסטלי. ללא רגישות נוספת לאורך הגפה. ללא סימני
סקפואיד. ללא חסר מוטורי או תחושת באצבעות דפקים דיסטלים נמוש היטב.

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 14:16:26
סיטי שורש כף היד - הודב 4 שבר תלחישה בטריקואטרום
נא לחסור לבדיקה עם פענוח!

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14
בצילום- סימן- PUPING DUCK - שבר קורטקס אחורי של הטריקוואטרון. הורכב סד גבס
וולארי. דיברנו על הממצאים. הוסבר על המשך בירור בCT.

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 14:16:26

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

הערות	בדיקות/הפניות
16/11/2024 - בתוקף עד	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה
14/02/2025 - בתוקף עד	מכון רנטגן: פרק כף יד ימין ושמאל (AP+LAT)

המלצות למטופל: משככי כאבים
ביקורת עוד כשבועיים ב-03.09.2024 עם חגרות MANULOCK
צילום ביקורת ללא גבס
מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך



135691



קוד הפניה: 392573452

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מימון קשת	שם פרטי: שלמה אדמ	ת.ז.: 28820884
ת.לידה: 19/08/1971	מין: ז	טלפון: 039629091	טל.עבודה/נייד: 0548874041
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	מיקוד: 7573008	0028820884	

הפניה לאבזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000285612450

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 18/08/2024 (דף זה אינו מרשם)

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
חבק שורש כף יד עם סד (ללא צורך בהפניה)---ימין	1	1	96573	קן	

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 16/11/2024

18/08/2024

חתימה וחזותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555*.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-וכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

נפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

63 954 1111