

עמוד 1 מתוך 5

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		סודר בקשה 2	המוסד לביטוח לאומי נפגעי עבודה
מס' זהות / דרכון 32372849		סודר דיון 1	
סוג המסמך 25		מס' ועדה 825502	
דפים 1		נושא הדיון	

שכיר ☒ עצמאי ☐ מתנדב ☐ אסיר ציון ☐

ספק הועדה
טבריה

ספק מחירים
טבריה

1

פרטי התובע

שם משפחה

2

שם פרטי
יחיאל

שמו

מספר זהות	תאריך לידה	מין
32372849	27/07/1975	זכר ☒ נקבה ☐
	שנה חודש יום	

כתובת

מיקוד	יישוב	תא דואר	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב	שקד
	טבריה	000000			60		
		דואר אלקטרוני			טלפון בית		טלפון קווי
					050 3688771		046733750

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

3

18/02/2019

מחלת הפגיעה
שבר בשורשי כפות הידיים, שבר בזיום רוחבי 1,2,3
חבלת בפני

מקצוע
נהג

תיאור הפגיעה: תאונת דרכים/חבלת מרכב

סוג האישור: אישור

פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:

מיום	עד יום
19/02/2019	19/04/2019

תיקים שצורפו לדיון:

- ☐ תיק נכות מעבודה
- ☐ תיק דמי פגיעה
- ☐ נכות כללית
- ☐ פידות
- ☐ איבה

פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:

מיום	עד יום
------	--------

נא פרט על פגמויות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)

1. 2.

מסמכים שצורפו בפני הועדה

תאריך המסמך סוג המסמך

18.2.19 סיכום אקטוא

4

1.
2.
3.
4.
5.

החלטת אחרונה מתאריך

5

מיום	עד יום	אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום	אחוז נכות זמנית
------	--------	-----------------	------	--------	-----------------

מיום

אחוז נכות יציבה

תאריך הדפסה 07/05/2019

בז 224 (א) (02.2013)

יחזקאל

1

4

3 2 3 7 2 8 4 9

48775 בעת הדין נוכח גם: ☒ ע"ה: שם מנחם צור חס' רשיון

מעת הדין נוכח זאת: ☒ ע"ה שם מנחם מנדל חס' רשיון 48775

מלווה שם _____ קרוב _____ ת"ד _____

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל לייחס פחדים עם הוצאת כסף? ☒ לא ☐

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע חוזר ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נכחותו

☐ הדין נפסל, הסיבה _____

תולדות המקרה והתולדות מפי התובע: אין לי מניין קודם לזאת ואולם כפי שיש לי ידיעה
אשר לא התקבלה לי ידיעה שיש לי מניין קודם לזאת ואולם כפי שיש לי ידיעה
אשר לא התקבלה לי ידיעה שיש לי מניין קודם לזאת ואולם כפי שיש לי ידיעה

[illegible]

☒ בן פרט ☒ טיפול תרופות ☒ פסיכותר. זה ☐ המעור מעורב ☐ טיפול משלים ☐ אחר ☐ ליפון קדמית
 האם חזר ☒ לא - הפסיקה ☐ עדיין בטיפול ☐ ☐ שכיח מתנדב ☐

לעבודה
לאחר

הפגיעה? ☐ ק. לעבודה אחרת. בתאריך _____ לעזרת חתונה

האם קיימת ירידה בתפוצה? ☐ לא ☐ כן - הסבירו:

תיקף משרה: ☐ מלא ☐ חלקי

☐ לא - הסכמתו ☐ עקב הפגיעה לי פרישה לגמלאות ☐ אחר

☐ לאמר
הפגיעות? כן, לאנחה עבודה, בתאריך _____

ק"ל לתפקיד אחר _____ בתאריך _____

האם מעסיק עובדים חספים לאחר הפגיעה?

□ לא □ כן, מספר העוררם המוספים _____ חסידה _____

מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמצינו כי לוועדה הרפואית.

מסמך לזכרון

☒ ימות בתובע * ☐ חברי הוועדה הרפואית ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

5 7 13 3 7 13 5

ation

825502

בשם ה' אלהינו

7710

7710

111

קצרה

1904

3 2 3 7 2 8 4 9

שם ה'חובע

1252

יהודה

הת"חיות למחצית בד"ק וצ"לומים:

7

ממצאים בבדיקת הועדה: כספיקה רגילה. אלא צילום, אלא חסות. 1300 תולדות סוף
 אלא 1300 גרם תולדות כספיקה רגילה. חסות. 1300 תולדות סוף
 אלא 1300 תולדות רגילות. חסות. 1300 תולדות סוף
 אלא 1300 תולדות רגילות. חסות. 1300 תולדות סוף

הנה מכלול כל המידע הנדרש להשלמת המסמך. המידע מפורט ומאפשר להבין את המצב הכלכלי והמנהלתי של המוסד, וכן את התוכנית העתידית. המידע מפורט ומאפשר להבין את המצב הכלכלי והמנהלתי של המוסד, וכן את התוכנית העתידית.

הַתְּחִלָּה הָיָה עֵץ הַחַיִּים בְּעֵדֵי הָאָדָם



1111
1957

שם החפץ

תחנת תל אביב

תחילת חנוכה
ה'תשנ"ב

אחרי וסעף נכח יציבה

נכות שאינה
חובעת
מהפגיעה

החלטת
הוועדה

עמוד 5 מתוך 5

מס' זעודה

825502

משא הדיון

סודר

דיון

1

סודר

בקשה

2

מספר זהות

32372849

שם התובע

שמו

יחיאל

15

החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
23/05/2019

בקשר לפגיעה מתאריך 18/02/2019

נכות זמנית

סעיף במבחנים

עד יום

30.8.19

לתקופה

מיום

20.4.19

בשיעור

במילים

%

100

נכות יציבה

בשיעור

במילים

%

% הנכות הנובע
מהפגיעה

מידת השפעה סה"כ 100%

שיעור ההשפעה
הנובע מגורמים
אחרים ב-%

שיעור
ההשפעה
הנובע
מהפגיעה ב-%

מצב קודם

סעיף
במבחנים

אחוז
נכות

סעיף
במבחנים

הליקוי

%	נכות משוקללת	סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים:
%	התוספת באחוזים	הגדלה לפי תקנה 15 ב:
%	באחוזים	דרגת הנכות היציבה מיום:
		נכות יציבה נוספת

%	נכות משוקללת	סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים:
%	התוספת באחוזים	הגדלה לפי תקנה 15 ב:
%	באחוזים	דרגת הנכות היציבה מיום:
		נכות יציבה נוספת

%	נכות משוקללת	סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים:
%	התוספת באחוזים	הגדלה לפי תקנה 15 ב:
%	באחוזים	דרגת הנכות היציבה מיום:
		נכות יציבה נוספת

- אני מצהיר בזאת כי:
- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
 - אני הרופא המטפל של התובע.
 - לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך
23/05/2019

חתימה וחתימת
ד"ר יחיאל שמו
מנהל רפואי
21.05.19 17:45

מומחיות
אורטופד

גלר איליה

וני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בניגוד עיניים ע"פ הכללים שקבע
מוסד לביטוח לאומי
אריך 23/05/2019 שם מזכר הישיבה דהאן סיון חתימת וחתימת *
07/05/2019 תאריך תפסה



32372849	2	לש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / זרכון	מצול	
25	4	
סוג מסמך	מספר זכר	

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות



חוות דעת רפואית 225

תחום רפואי: עצבים פה ולסת
תאריך חוות הדעת: 29/10/2019
תאריך הפגיעה: 18/02/2019

סוגי מעורים	סוגי הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
טבריה	חיפה	835980	29/10/2019

פרטי התובע						
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות	כתובת
שמו	יחזאל	זכר	נשוי	27/07/1975	32372849	
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב	מיקוד
שקד	60			000000	טבריה	
טלפון קווי				טלפון נייד		
04-6733750				050-3688771		
				דואר אלקטרוני		

חוות הדעת ניתנת במסגרת ☒ נכות מעבודה ☐ איבה ☐ מס הכנסה ☐ אסירי ציון

פרטי המסמכים שעמדו בפני הוועד הרפואי			
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
18/02/2019	סיכום אשפוז - ביחיד פוריה	4	
23/05/2019	פרוטוקול ועדה רפואית	5	
		6	

פרטי הפגיעה

☒ אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזכות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ זרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐ בעת הבדיקה נוכח גם: ☒ עייד: שם ☐ מס' רישיון ☐ קרבה ☐ ת.ז. 089277159

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם היועץ הרפואי: לא ☐ כן - פרט ☐

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה: ☐

הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐

התובע הזמין ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו ☐

אינו מבין את מהות ההזמנה ☐

הדיון נפסל, הסיבה: ☐

אישור היועץ הרפואי: ☐

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אומנה מלאה כולל - כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל):

מאז באיטלי שנישואי, ואחר כך מאז באיטלי

אני מאשר כי הפרטים שגרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי ☐

אני מסכים להיבדק על ידי היועץ הרפואי: כן ☐ לא, הסיבה: ☐

חתימת התובע: ☐

בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא: ☐

ממצאי הבדיקה:
כמות סה' של חלבון, סוכר וצום קטנה שנת
26, סה' סומא זמנא דפרימא רס' נשמה אבאנע
ונתן ירושל' קניוס בשרות פתחול טיפל שיש ואם :

אבותיה: לוי מלך

סיכום דיון ונימוקים: יש לפרט, האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאילו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

אשר הוא חתן מנחם חיים זצ"ל
אשר הוא בן אב"ד ורמב"ם זצ"ל.
הוא ואביו המנוח.

דרישה למידע רפואי לחוות דעת הנבכחת (עצירת זינוק) ונימוק:

דרגשה למדע רפואי נוסף בתום נכות זמנית

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
חיהאל שמו	32372849	18/02/2019	29/10/2019

10.

המלצת היועץ הרפואי
המלצתי ניתנת על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים
נכות זמנית

שעיף במבחנים	לתיקום		בשיעור	
	עד יום	מיום	במילים	%

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה שה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	

ות יציבה נוספת מתאריך

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה שה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
במילים				אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה



דו"ח ועדה רפואית

עמוד 1 מתוך 5

סודר בקשה	2
סודר דיון	9
מס' ועדה	841296
נושא הדיון	

בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	32372849
פיצול	
סוג המסמך	25
דפים	



☒ שכר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ אסיר ציון

סניף מגורים
טבריה

פרטי התובע

שם משפחה
שמו

שם פרטי
יחיאל

מין

☒ זכר

☐ נקבה

תאריך לידה

27/07/1975

מספר זהות
ס"ב

32372849

כתובת

רחוב

מס' בית

60

כניסה

דירה

תא דואר

000000

יישוב

טבריה

מיקוד

דואר אלקטרוני

050 3688771 046733750

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

18/02/2019

שבר בשורשי כפות הידיים, שבר בזוגיים דותבי

מקצוע

מהות הפגיעה

תאור הפגיעה: תאונת דרכים/חבלה מרכב

סוג האישור: אישור

פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:

מיום

19/02/2019

עד יום

19/05/2019

פירוט תעודות אי-כושר שנתנו:

מיום

עד יום

תיקים שצורפו לדיון:

☐ תיק נכות מעבודה

☐ תיק דמי פגיעה

☐ נכות כללית

☐ ניידות

☐ איבה

נא פרט על פגמות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)

1.

2.

מסמכים שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך

20/08/2019

סוג המסמך

חו"ד עיניים - סגל צבי

17/12/2019

חו"ד שיניים - גלייטמן יוסף

18/11/2019

חו"ד אורטופד - גלר אילנה

23/05/2019

החלטה אחרונה מתאריך

23/05/2019

אחוז נכות זמנית

100.00

מיום

20/04/2019

עד יום

30/09/2019

אחוז נכות זמנית

אחוז נכות יציבה

מיום

02/01/2020

תאריך הדפסה

(02.2013) (X) 224-IT

מס' ועדה 841296	נושא הדיון	סודר דיון 9	סודר בקשה 2	מספר זהות 32372849	שם התובע שמו יחיאל
--------------------	------------	----------------	----------------	-----------------------	-----------------------

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

ממצאים בבדיקת הועדה:

התייחסות לחוות דעת וועד לועדה:

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז זמני נכות יציבה	נכות שאינה מובעת מהפגיעה	החלטת הועדה
עיניים	סגל צבי			99.00%		
שיניים	גלייטמן יוסף			לא נותרה נכות		
אורתופד	גלר איליה	100.00	01/10/19	29/02/20		

פיקוס
החלטת
ועדה

שם התובע
שמו
יחיאל

מספר זהות

3 2 3 7 2 8 4 9

סודר
בקשה
2

משא הדיון

מס' ועדה
841296

10

אבחנות: לבג ג'סלני נפל היצוי
לבג ג'סלני נפל היצוי

11

סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

הכסף לא נלקח בתאריך 3.11.19 ולא נלקח 18.11.19 ונלקח 29.12.2020
נלקח 1.10.19

12

דיון בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16: האם לאור הנכות המובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו?

☐ כן ☐ לא

☐ חוות דעת הרשות

שיעור ההפעלה: ☐ ב-1/4 ☐ ב-1/3 ☐ ב-1/2

☐ הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות
☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☐ כן ☐ לא
☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ כן ☐ לא

הנמוקים להחלטה:

13

הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ומדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה. ☐ כן ☐ לא

האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ כן, בעוד ☐ לא

האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא

האם במסרה הודעה למכון לבטיחות דרכום? ☐ כן ☐ לא

מס' ועדה
841296

מחש' הדין

סודר
דיון

סודר
בקשה

מספר זהות
32372849

שם התובע
שמו
נחמאל

15

החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
07/01/2020

18/02/2019

בקשר לפגיעה מתאריך

נכות זמנית

סעיף במבחנים

עד יום

29.2.2020

מיום

1.1.19

בשיעור

במילים

%

100

נכות יציבה

בשיעור

במילים

%

% הנכות הנובעת
מהפגיעה

מידת השפעה סה"כ 100%

מצב קודם

סעיף
במבחנים

הליקוי

שיעור ההשפעה
הנובעת מגורמים
אחרים ב-%

שיעור
ההשפעה
הנובעת
מהפגיעה ב-%

סעיף
במבחנים

אחוז
נכות

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: הגדלה לפי תקנה 15 ב:

% נכות משוקללת

% התוספת באחוזים

% באחוזים

דרגת הנכות היציבה מיום: במילים:

נכות יציבה נוספת

בשיעור

במילים

%

% הנכות הנובעת
מהפגיעה

מידת השפעה סה"כ 100%

מצב קודם

סעיף
במבחנים

הליקוי

שיעור ההשפעה
הנובעת מגורמים
אחרים ב-%

שיעור
ההשפעה
הנובעת
מהפגיעה ב-%

סעיף
במבחנים

אחוז
נכות

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: הגדלה לפי תקנה 15 ב:

% נכות משוקללת

% התוספת באחוזים

% באחוזים

דרגת הנכות היציבה מיום: במילים:

חתימות הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

- א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
- ב. איני הרופא המטפל של התובע.
- ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
- ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
- ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

ד"ר בור נועם

מ. חתמה והעיד

15.1.2020

מ. חתמה והעיד

15.1.2020

תאריך

07/01/2020

שם הפוסק הרפואי

אורטופד

1. בור נועם

2.

3.

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

נינו רחל

שם מזכיר הישיבה

07/01/2020

חתימת וחותמת *

02/01/2020

תאריך הדפסה



עמוד 1 מתוך 3

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



חוות דעת רפואית

תחום רפואי: אורתופדיה
תאריך חוות דעת: 25/2/20
תאריך פגיעה: 18/2/9

לשימוש	
פנימי	בלבד
(סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
2 6	דפים

סנף מגורים	סנף הועדה	מס' ועדה	תאריך הועדה
סכרור	סכרור		
חוות הדעת ניתנת במסגרת ☒ נקט מעבודה ☐ איבה ☐ מס הכנסה ☐ אסירי ציון ☐			

פרטי התובע	שם פרטי	שם משפחה	מין	תאריך לידה	מספר זהות
148	יחיאל	148	זכר ☒ נקבה ☐	10/11/1975	131231728418

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

פרטי הפגיעה	
☒ אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ד. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר בעת הבדיקה נכח גם: ☒ ש"ד: שם <u>אסף רגל</u> מס' רישיון <u>1710</u> ☒ מלווה: שם <u>אסתר</u> קרבה <u>אמא</u> ☒ האם קבל חוות דעת רפואית/טופל קיימת הכרות עם היועץ הרפואי? ☒ לא ☐ כן, פרט <u> </u> ☐ הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה <u> </u> ☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הזמין ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מהות ההזמנה ☐ הדיון נפסל, הסיבה: <u> </u> אישור היועץ הרפואי: <u> </u> תאריך: <u> </u>	

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):
פניה רפואית לרופא אן מקומית קיבוצי אורחלים לפני 2 שנים
פניה שוטף - לאם הפניה קשה בידיים קטנות איבד תוריד
אין תלונות סוף מלאי לאם, סחרחורת (ירידת בסיכון

אני מאשר כי הפרטים שברשמו בסעיפים בעמוד זה חתום כפי שמסרתי
אני מסכים להיבדק ע"י היועץ הרפואי: ☐ כן ☐ לא, הסיבה: <u> </u> שם הרופא: <u> </u>
חתימת התובע * <u> </u> חתימת המלווה * <u> </u>
בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא * <u> </u>



61225

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לגברים כאחד

ת.ד. 225 (03.2015)

ממצאים רפואיים

שם החובע	מס' זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
יחזקאל שמואל	1312131712181417	18/2/19	25/2/20

5

ממצאי הבדיקה: כאב - חבלה פנימית באיזור חן ימין וליד שרירי חן
 צינור תורן אחרי, כאב בעצמות אגרום, קרעויות אחרות מילן
 אינו אורח חרפה, לא נמצא כאב ראש, לא חסר אוסטר
 (מחולש) בולבול פנימי
 ככלות הדין אין צורך בשרירים, כח חזק, סימן פולס
 חיה מילן, אצבע אגרום, (ניסואסטטיקה קלה הפיזית יש קלה
 מילן מילן.

6

אבחנה: מסומן, חלק קרפול, מילן (סוסטטולוגיה P

7

סיכום דיון ונימוקים: יש לפרט, האם הנספת מובעת מהפגיעה בעבודה ובאופן מידה חן בנכות זמנית וכן בנכות יציבה.
 13/2/20 אצבע סופי, אחרית, ליחולל - קובץ
 3/2/20 (4) CTS מילן
 אין נזק במאגר.

8

דרישה למידע רפואי לחוות דעת הנכחות (עצירת דיון) ונימוק:

9

דרישה למידע רפואי מסך בתום נכות זמנית

המלצתי ניתנת על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים

שם התובע יחזקאל 142	מס' זהות 132372849	תאריך פגיעה 18/2/19	תאריך חנות דעת 25/2/20
---------------------------	-----------------------	------------------------	---------------------------

☐ נכות זמנית

סעיף במבחנים	לתיקופה		בשיעור	
	עד יום	מיום	במילים	%

☒ נכות יציבה החל בתאריך 1/3/20

מידת השפעה סה"כ 100%			מצב קודם		סעיף במבחנים	ליקוי	בשיעור	
% הנכות המובע מהפגיעה	שיעור ההשפעה המובע מגורמים אחרים ב-%	שיעור ההשפעה המובע מהפגיעה ב-%	אחוז נכות	סעיף במבחנים			במילים	%

☐ נכות יציבה מספיק מתאריך

מידת השפעה סה"כ 100%			מצב קודם		סעיף במבחנים	הליקוי	בשיעור	
% הנכות המובע מהפגיעה	שיעור ההשפעה המובע מגורמים אחרים ב-%	שיעור ההשפעה המובע מהפגיעה ב-%	אחוז נכות	סעיף במבחנים			במילים	%

האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא הסיבה

האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות בדרכים? ☐ כן ☐ לא

תקנה 15 - מסוגלות הנפגע לחזור לעבודתו בתחום הרפואי הנבדק: (להתייחסות היועץ הרפואי רק בהמלצה לקבוע נכות יציבה)

- ☐ הנפגע מסוגל לחזור לעבודה הקודמת
- ☐ הנפגע אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת
- ☐ הנפגע מסוגל לחזור לעבודה חלקית או בהגבלות

פרט

חתימת היועץ הרפואי:

אני/נו מצהירים בזאת כי:

א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של התובע.

ג. לא קיימות קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא מזה התובע.

לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך 25/2/20 שם הרופא ד"ר אפרים מומחיות ניר ארליך

חתימת וחומת *



לשימוש	
פנימי	בלבד
(סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג	דפים
26	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



חוות דעת רפואית

תחום רפואי פסיכיאטריה
תאריך חוות דעת 4.3.2020
תאריך פגיעה 18.2.19

סכף מגורים	סכף הועדה	מס' ועדה	תאריך הועדה
סכף			4.3.2020
חוות הדעת ניתנת במסגרת			
☒ נזכות מעבודה	☐ איבה	☐ מס הכנסה	☐ אסיר ציון

שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מספר זהות
ne	י' תמיר	זכר	17/17/75	0321317428148
		נקבה	שנה	יום

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

4

אימות פרטי התובע: פרטי התובע וזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐

בעת הבדיקה נוכח גם: ☒ ע"ד שם חנני ☐ ע"ד שם חנני

☒ מלווה שם חנני

☒ האם קבל חוות דעת רפואית/טופל קיימת הכרות עם היועץ הרפואי? ☒ לא ☐ כן פרט חנני

☐ הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה חנני

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הזמין ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מהות ההזמנה ☐ הדיון נפסל, הסיבה: חנני

אישור היועץ הרפואי: חנני

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים): חנני

חלק נפרד סביב קצב סימני הסימנים הנ"ל (ייתכן שהיה נפילת כושר איכס) חנני

אנמנזה נפרדת סביב קצב סימני הסימנים הנ"ל (ייתכן שהיה נפילת כושר איכס) חנני

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי חנני

אני מסכים להיבדק ע"י היועץ הרפואי: ☒ כן ☐ לא, הסיבה חנני

חתימת התובע * חנני

חתימת המלווה * חנני

בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא * חנני



5

6

7

8

9

(03.2015): 225 / 72

המלצות ניתנות על סמך בדיקת התובע או עיין במסמכים

שם התובע שמו יחיא	מס' זרות 032372848	תאריך פגיעה 18.2.19	תאריך חוות דעת 4.3.2020
----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------

☐ נכות זמנית

שיעור	במילים	%	לתקופה		סעיף במבחנים
			מיום	עד יום	

☒ נכות יציבה החל בתאריך 1.3.2020

בשיעור		ליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם:		מידת השפעה סה"כ 100%		
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	% הנכות הנובע מהפגיעה
10	קשה	קשה	2	34				

☐ נכות יציבה מספיק מתאריך

☐ נכות יציבה נוספת מתאריך

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הטבעי מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הטבעי מגורמים אחרים ב-%	% הנכות הנובע מהפגיעה

האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע? ☒ כן ☐ לא, הסיבה

האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות בדרכים? ☐ כן ☐ לא

תקנה 15 - מסוגלות הנפגע לחזור לעבודתו בתחום הרפואי הנבדק: (להתייחסות היעץ הרפואי רק בתמצית לקבוע נכות יציבה)

- ☐ הנפגע מסוגל לחזור לעבודה הקודמת
- ☐ הנפגע אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת
- ☐ הנפגע מסוגל לחזור לעבודה חלקית או בהגבלות

פרט:

התייחסות היעץ הרפואי:

- א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
- ב. איני הרופא המטפל של התובע.
- ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
- ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך 4.3.2020 שם הרופא ד"ר שרון מוקד מומחיות רפואית * חתימת וחותמת *

ד"ר שרון מוקד
פסיכיאטרית
מס' 11198



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה



דו"ח ועדה רפואית

שם משפחה		שם פרטי		מין		תאריך לידה		מספר זהות	
שמו		יחיאל		☒ זכר ☐ נקבה		27/07/1975		ס"ב 32372849	
כתובת									
רחוב		מס' בית		כנסת		דירה		תא דואר	
שקד		60						000000	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		ישוב		מיקוד	
046733750		0503688771				טבריה			

[illegible]

הסמך שער בתי הדין					
תאריך המסמך	סוג המסמך		תאריך המסמך	סוג המסמך	
20/08/2019	חוויית עיניים - סגל צבי	1.			
17/12/2019	חוויית שיניים - גליטמן יוסף	2.			
18/11/2019	חוויית אורטופד - גר אליזה	3.			
25/02/2020	חוויית נירולוג - סולה מיכאל	4.			
04/03/2020	חוויית פסיכיאטר - ברק דב שרה	5.			
07/01/2020	החלטות אחרונות מחוקרים				
אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום	אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום
100.00	01/10/2019	29/02/2020			
אחוז נכות יציבה	מיום	עד יום	אחוז נכות יציבה	מיום	עד יום

(02.2013) (x) 2

(02:2013)-(x) 224

שם התובע שמו יחיאל	מספר זהות 93237284	סודר בקשה 2	סודר דין 12	חשאי הדיון	מס' ועדה 849181
--------------------------	-----------------------	-------------------	-------------------	------------	--------------------

7 התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

8 ממצאים בבדיקת הועדה: תפוסין, קיין, בצה, 30/6/20, אג, 30/6/20, ק/צמח, ק/קבץ, תמסר

התייחסות לחוות דעת יועץ לועדה *						
תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה מובעת מהפגיעה	החלטת הועדה
עיניים	סגל צבי			99.00%		
שיניים	גלייטמן יוסף			לא נותרה נכות		
אורתופד	גלר איליה	100.00	01/10/19	29/02/20		
נוירולוג	סולה מיכאל			4;31 5.00%		

קיימים נתונים נוספים שלא הודפסו, נא עיין במערכת הרלוונטית.

מס' ועדה 849181	נושא הדיון	סודר דיון 12	סודר בקשה 2	מספר זהות 3 2 3 7 2 8 4 9	שם התובע שמו יחיאל
---------------------------	------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

10

אבחנות:

לא סברים בשורש רבות הרבה
לא סברים בקצות רחוקות
1/4, 1/2, 1/3

11

סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

האם הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו?
כן ☐ לא ☐

האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו?
כן ☐ לא ☐

הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות
האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☐ לא ☐ כן ☐

האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ לא ☐ כן ☐

הנימוקים להחלטה:

הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ומדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כן, בעוד _____ שנים.

אם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא ☐

אם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא ☐

מספר זהות

מס' ועדה

בֹּשֶׁא הַדִּין

סודר

דוד

3 2 3 7 2 8 4 9²⁰

849181

12

2

החלטת הוועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
בשיבה מתאריך 23/03/2020.

23/03/2020

18/02/2019

בקשר לפגיעה מתאריך

ת"ת תשנ"ב

שעיף במבחנים	לדקופה	מיום	בשיעור	%
	עד יום		במילים	
	30/6/20	1/3/20	אנ ה	100

כוח יציבה

מכירת ציבור

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הדונית: במילים: _____

הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____

דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____

נכות יציבה מספח _____

נכות משוקללת: _____ %

התוספת באחוזים: _____ %

באחוזים: _____ %

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחר נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____								
הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____								
דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____								
נכות משוקללת % _____								
התוספת באחוזים % _____								
באחוזים % _____								

חתימות הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים הפואיים בקשר למצבו הרפואי.
ב. איני חרופא המטפל של התובע.

ב. אינן הרופא המטפל של התובע.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
ד. לא קיימים קשרי עבודה או דינאי אחרים בין התובע לתובע.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא פוח התובע.

ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
גלר אילנה	אורטופד		23/03/2020
			
			

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בביגוד ערבים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.
תאריך: 23/03/2020 שם מזכיר היישוב: רחמיים רבנויות

23/03/2020

רחמים ברונית

שם מצפיר היישוב

חתימת וחותמת *

(02.2013) (X) 224

15/03/2020

תאריך הדפסה

פרוטוקול ועדת רשות - תקנה 15

שם המבוטח: יחיאל שמו זרות : 3237284-9 תאריך לידה: 27/07/1975 תאריך פגיעה: 18/02/2019

1. גורם הפגיעה: תאונת דרכים/חבלה מרכב

2. מהות הפגיעה: שבר בשורשי כפות הידיים, שבר בזזזים רוחבי

3. המסמכים שעמדו בפני הוועדה:

☒ תיק נכות מעבודה

☒ דרייה ועדה רפואית מתאריך 21/05/2020

☒ דרייה שיקום מתאריך 12/08/2020

4. דיון:

המבוטח, בן 45, נפגע בעבודתו כשכיר ב- 18/02/2019 כתוצאה מתאונת דרכים/חבלה מרכב ושבר בשורשי כפות הידיים, שבר בזזזים רוחבי הוכרה תוצאה של הפגיעה בעבודה.

נהג משאית, נקבעה נכות בגין שברים בידיים, כאב גב וצלקות בשעור של 61%.

5. המלצה:

המלצה: מומלץ לעקוב אחר המבוטח, יתקיים בן מינים על כב כבד ארץ מלחמה מן 333 מ' בש'ש' כלם יבזים י' מלקם אפסלם ממקם במלואה.

תאריך ישיבת הוועדה: 12/08/2020

שם	רופא המוסד	פקיד שיקום	פקיד תביעות
אבינועם שטרן-יוסף	אורית שלנגר-עשת	פנינה נחום-אדלמון	מסמך זה תקף רק אם הוא חתום עיני שלושת מאשריו
חתימה וחותמת			

עמוד 1 מתוך 3



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חיות דעת בפוא'ית

תחום רפואי אולטרסאונד
תאריך חוות דעת 13.07.2008
תאריך פגיעה 18.02.2019

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זכויות / דרכון

ס'ס
המסמך

דפים

03

084730008

6 2

מס' נעדה	סמל הועדה	סמל מגורים
855253	קרי	26
תאריך הועדה	חוקת הדעת ניתנת בהסכרת	
13.07.2020	נכות מעבודה ☒ איבה ☐ מס הכנסה ☐ אסיר ציון ☐	

פרטי היסטוריה שם משפחה ✓ ME	שם פרטי ✓ ימאל	מין ☒ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה 27.07.1975 שנה חודש יום	מספר זהות ✓ 032372849
---	-----------------------	--	--	------------------------------

סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך
	4	סוג מסמך	21.02.19
	5	צו"א	26.06.19
	6		

4 פרטי הסיבה

☐ אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזכות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישון נהוגה ☐ אחר ☐

בעת הבדיקה נוכח גפ: ☒ ע"ד: שם חאלי ג'וג מס' רישון 48775

☐ מלוות שם _____ קרבה _____

☐ האם קבל חוות דעת רפואות/טופל קיימת הכרח עם היועץ הרפואי? ☒ לא ☐ כן, פרט _____

☐ הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה _____

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע החמין ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מחות ההזמנה

☐ הדיון נפסל, הסיבה: _____

אישור היועץ הרפואי: _____ תאריך: _____

[illegible]

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה חתום כפי שמסרתי
אני מקבל להסיר את חתימתי הרפואית: ☒ כן ☐ לא, הסיבה _____
שם הרופא: _____
חתימת החתום * 
חתימת המלווה * _____
בתעודת חתימת החתום/המלווה חתימת הרופא *



161235

טופס זה מתמסר בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

403:2015) 225/73

שם החולה	מס' זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שא יחיא	032372845	18.08.19	13.07.2020

5
 חמצן הבדיקה: יציב בן 44 ארג כחל לא צלצול היה עם משאית כחץ לסבי וסביסור
 צלצול ופולס כחל ופולס לאט המשאית עם אבדו הכח פולס ואין כח פריה
 עם פלסום עם סבר ארסות דיוס משני הצדדים שברו הכלי הימני משאית 3-4
 האשמות ופולס כחל ופולס עם סבר כרעפת הארסות לאט פלסום בחסום האשמות
 (שם לא רשתי). סברתי שאם המאונס עם ה כחל עם יציב בחסם/קפוקר האני

6
 אבחנה: אשתי ופולס אשתי פלסום אשתי רחמני, חללית, שם יציב בחסם/קפוקר

7
 סיכום דיון ונימוקים: יש לפרט, האם הנספת חבעת מהפגיעה בעבודה ובאופן מידה, הן בנסות זמנית והן בנסות יציבות.

8
 אשתי האשתי אין קשר בין חלליתו כרעפת האני לאשתי-האשתי, אשתי האשתי האשתי
 האשתי האשתי וצאת אשתי אשתי סגור האשתי אשתי אשתי אשתי אשתי
 אשתי האשתי אשתי אין קשר סבר אשתי אשתי האשתי

9
 דרישה למידע רפואי לחוות דעת הנכחית (עצירת דיון) ונימוק:

9
 דרישה למידע רפואי נוסף בתום נכות זמנית

המלצה ניתנת על סמך בדיקת הנובע או עין בחסותכם

שם הנובע	מס' זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שמו יחיא	032372849	18.02.19	13.07.2020

☐ נכות זמנית

שיעור	במילים	%	לתקופה		סעיף במבחנים
			מיום	עד יום	

☐ נכות יציבה החל בתאריך

שיעור	במילים	%	לוקי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		
					אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע ממורמים אחרים ב-%	% הנכות הנובע מהפגיעה

☐ נכות יציבה נוספת מתאריך

שיעור	במילים	%	חלוקי	סעיף במבחנים	אחוז נכות	סעיף במבחנים	מידת השפעה סה"כ 100%		
							שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע ממורמים אחרים ב-%	% הנכות הנובע מהפגיעה

האם ניתן למסור מסמך זה לידי הנובע? ☐ כן ☐ לא, הנובע

האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות בדרכים? ☐ כן ☐ לא

תקנה 15 - מסוגלות הנובע לחזור לעבודתו בתחום הרפואי הנבדק: (להודיע תשובת היעץ הרפואי רק בהמלצה לקבוע נכות יציבה)

☐ הנובע מסוגל לחזור לעבודה הקודמת

☐ הנובע אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת

☐ הנובע מסוגל לחזור לעבודה חלקית או בהתאמה

פרט

החלטת היעץ הרפואי:

א. לא ניתן לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. אינו הרופא המטפל של הנובע.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הנובע.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הנובע.

לא עומדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך: 13.07.2020 שם הרופא: ד"ר קאמאן ממוחית: ארז

חתימת וחותמת *

ד"ר יעץ קאמאן
רופא פנימי
מחלקת פנימי
בית החולים
ממנהל המחלקה
או מנהל בית החולים
בו אני עובד

מיכל כספי
מזכירת/עובדת

עמוד 1 מתוך 5



מס' זהות / דרכון 3 2 3 7 2 8 4 9		פיצול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' בקשה 2	המוסד לביטוח לאומי נפגעי עבודה
סוג המסמך 25		דפים		מס' דיון 15	
				מס' ועדה 860457	
				משא הדיון	

דו"ח ועדה רפואית

סביף מגורים טבריה	סביף הועדה טבריה	☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ אסיר ציון
----------------------	---------------------	--

שם משפחה שמו	שם פרטי יחיאל	מין ☒ זכר ☐ מקבה	תאריך לידה 27/07/1975	מספר זהות 3 2 3 7 2 8 4 9
-----------------	------------------	---	--------------------------	------------------------------

שקד	רחוב	מס' בית 60	כניסה	דירה	תא דואר 000000	ישוב טבריה	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני					
0 4 6 7 3 3 7 5 0	0 5 0 3 6 8 8 7 7 1						

תאריך הפגיעה 18/02/2019	מקצוע משאית	ממות הפגיעה שבר בשורשי כפות הידיים, שבר בויזים רוחבי
----------------------------	----------------	---

תיאור הפגיעה: תאונת דרכים/חבלה מרכז		סוג האישור: אישור	
פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:			
מיום	עד יום	פירוט תעודות אי-כושר שנתנו:	תיקים שצורפו לדיון:
19/02/2019	19/05/2019	☐ תיק נכות מעבודה ☐ תיק דמי פגיעה ☐ נכות כללית ☐ מידות ☐ איבה	

מסמכים שנעמדו בפני הועדה		תאריך המסמך		סוג המסמך	
1	25/02/2020	חו"ד נוירולוג - סולה מיכאל	6	8	סוג המסמך
2	04/03/2020	חו"ד פסיכיאטר - ברק דב שרה	7	7	תאריך המסמך
3	13/07/2020	חו"ד אורולוג - קאופמן צבי ברוך	8	8	סוג המסמך
4	20/08/2020	תקנה 15	9	9	תאריך המסמך
5			10	10	סוג המסמך

החלטה אחרונה מתאריך 23/03/2020		אחוז נכות זמנית		עד יום	
100.00	01/03/2020	30/06/2020	מיום	עד יום	מיום

פרטים כלליים		מספר זהות		שם התובע	
מס' ועדה	מושא הדיון	סודר דיון	סודר בקשה	שם התובע	שם התובע
860457		15	2	32372849	
☒ דיון ללא מכתחות התובע, הסיבה <u>102 סט.0</u>		☐ התובע הזדמן ולא הופיע			
בעת הדיון מכה בנפשו: ☐ עו"ד: שם _____ ☐ מלווה: שם _____		☐ פרטי התובע והזכות אומתו לפי _____ ☐ ת.ז. _____ דרכון _____ רישיון נהיגה _____ אחר _____			
☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____ ☐ התובע הזדמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא מכתחות		☐ האם קיבל חוות דעת רפואית/טכנולוגית/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☐ לא ☐ כן - שם הרופא _____			
☐ הדיון נפסל, הסיבה _____		תולדות המקרה והתלכדות מפי התובע: _____			
ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרטי: ☐ טיפול תרופתי ☐ פיזיותרפיה ☐ המשיך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר _____					
☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פיטורין ☐ התפטחות ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____		☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____		☒ שכיר/מתנדב	
☐ כן, לעבודה אחרת, בתאריך _____		☐ כן, לעבודה עבודה, בתאריך _____		☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה?	
☐ האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה: _____		☐ היקף משרה: ☐ מלא ☐ חלקי		☐ עצמאי	
☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____		☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____		☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה?	
☐ כן, לתפקיד אחר _____		☐ כן, לתפקיד אחר _____		☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה?	
☐ האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה _____		☐ האם מעסיק עובדים נוספים לאחר הפגיעה?		☐ לא ☐ כן, מספר העובדים הנוספים _____	
☐ הסיבה _____		נ"י מאשר כי הפרטים שברשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית, ומות הפוסקים הרפואיים: _____ גלר אילנה			
☐ כן ☐ לא, הסיבה _____		נ"י מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____			
☒ נתינת התובע					

שם התאגד שמו יחיד	מספר זהות	סודר בקשה	סודר דיון	חשד הדיון	מס' ועדה
	3 2 3 7 2 8 4 9	2	15		860457

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

ממצאים בבדיקת הועדה:

התייחסות לחוות דעת יעץ לוועדה:

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה נובעת מהפגיעה	החלטת הועדה
נירולוג	סולה מיכאל			24; 31 5.00%		השואר לפי החוזה ואחרים
פסיכיאטר	ברק דב שרה			23; 34 10.00%		
אורולוג	קאופמן צבי ברוך			לא נעושה נכות.		

שם התובע שמו יחיאל	מספר זהות 903728432	סודר בקשה 2	סודר דין 15	נושא הדין	מס' ועדה 860457
--------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	-----------	--------------------

אבחנות: לברי מוסקיס מר מפרק"ם בריס זיסל 3133
לא ORF של הברי
לברי בריס מוסקיס של מילא 4-2-4 למסלול של הקבלה לא התקבלה הק
צוקה מוסקיס בריס
ק"ש להמסלול, CTS מ"ש

סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות מבעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

אחוז	מלכא	סוג	אחוז	מלכא	סוג
30%	א"י	35 (א) ד	השקעה קר ל משי	המלכא של י"ב י"א	אחר למח
30%	א"י	35 (א) ד	השקעה קר ל משי	המלכא של י"ב י"א	אחר למח
10%	א"י	37 (ב) א	הקבלה לא התקבלה	הקבלה	הקבלה
10%	א"י	35 (א) ד	השקעה קר ל משי	המלכא של י"ב י"א	אחר למח
5%	א"י	35 (א) ד	השקעה קר ל משי	המלכא של י"ב י"א	אחר למח
10%	א"י	34 (ב) א	הקבלה לא התקבלה	הקבלה	הקבלה

דין בהפעלת ☒ תקנה 15 ☐ תקנה 16 : האם לאור הנכות המועת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? ☐ לא ☐ כ

הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפיקי תביעות ☐ חוות דעת הרשות ☐ שיעור ההפעלה ☐ ב-1/4 ☒ ב-1/3 ☐ ב-1/2

האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 715? ☐ לא ☒ כ

האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 716? ☐ לא ☒ כ

הנימוקים להחלטה: המסלול לא התקבל

הועדה אינה יכולה לסיים את הדין ומדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כ, בעוד שנים.

האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כ ☐ לא

האם נמסרה הועדה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כ ☐ לא

שם המובע שמו יחיאל	מספר זהות 32372849	סודר בקשה 2	סודר דיון 15	מס' ועדה 860457
החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול 03/09/2020				
בישיבה מתאריך 18/02/2019				
בקשר לפגיעה מתאריך				

נכות זמנית		בשיעור		לתיקופה		סעיף במבחנים	
%	במילים	מיום	עד יום				

נכות יציבה									
בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה	
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה המובע	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%		
30	אין	אין	35 (1) 3					30	
30	אין	אין	35 (2) 3					30	
10	אין	אין	37 (3) 4					10	
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____									
הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____									
דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____									
נכות משוקללת: _____ %									
התוספת באחוזים: _____ %									
באחוזים: _____ %									
נכות יציבה נוספת									

נכות יציבה נוספת		בשיעור		הליקוי		סעיף במבחנים		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובעת מהפגיעה	
%	במילים	אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובעת מגורמים אחרים ב-%	שיעור ההשפעה הנובעת מהפגיעה ב-%								
10	אין	אין	27.5 (1) 2										
5	אין	אין	31 (4) 1										
10	אין	אין	34 (2) 2										
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: <u>שני עיניים</u>													
הגדלה לפי תקנה 15 ב: <u>אין</u>													
דרגת הנכות היציבה מיום: <u>1/7/20</u> במילים: <u>אין</u>													
נכות משוקללת: <u>66.06</u> %													
התוספת באחוזים: <u>33.03</u> %													
באחוזים: <u>100</u> %													

חתימות הפוסקים הרפואיים

- אני מצהיר בזאת כי:
- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
 - אני הרפא המטפל של התובע.
 - לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
1. גלר אילנה	אורטופד	חתימה וחותמת	03/09/2020
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בנידון עניינים על הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך: 03/09/2020 שם מזכיר הישיבה: _____ חתימת וחותמת * _____

המוסד לביטוח לאומי

ועדות רפואיות



02/09/2020

שמו יחיאל, ת.ו. 032372849

דף 1 מתוך 2

נספח לפרוטוקול ועדה רפואית מתאריך 02/09/2020

קביעת אחוזי נכות לצורך נפגעי עבודה

ת.ו. 032372849

שם: שמו יחיאל

סעיפים שנבחרו

סעיף ראשי	סעיף משני	תיאור	אחוז	מתאריך	עד תאריך
35	(1)(ד)	ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה יותר מבינונית על כושר הפעולה הכללי או הגבלה ניכרת בתנועות (ימין)	30	01/07/2020	
35	(1)(ד)	ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה יותר מבינונית על כושר הפעולה הכללי או הגבלה ניכרת בתנועות (שמאל)	30	01/07/2020	
37	(7)(א)	הגבלה קלה בתנועות עמוד שדרה מותני	10	01/07/2020	
75	(1)(ב)	צלעות בגוף מכאיבות ומכערות	10	01/07/2020	
31	(4)(א) ימין	פגיעה בעצב MEDIANUS הפרעה תחושתית בלבד עם מברץ טייל או מברץ פאלן הימני	5	01/07/2020	
34	(2)(ב)	הפרעות במצב הרוח, הפרעות חרדה, הפרעות תלוצות דחק, הפרעות סומטופורמיות וחרפרות אכילה- רימיסיה מלאה או קיום סימנים קליניים שארתיים, הפרעה קלה בתפקוד נפשי או התברתי, הגבלה קלה עד בינונית בכושר העבודה	10	01/07/2020	

תוצאות החישוב

סה"כ האחוז המשוקלל: 66.06%
הגדלה לפי תקנה 15 (חצי): 33.03%
סה"כ דרגת הנכות הסופית: 100%

תאריך

02/09/2020

החתימה והחותם

חתימה

תחום רפואי

אורתופד

שם הפוסט

אילנה גלר

תאריך: 02/09/2020

שם מזכיר/ת המשיבה: ברננית רחמים חתימה: