



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

25 ספטמבר 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

באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: מרדכי תומר בראי, ת.ז. 033310061

תאונה מיום: 26.1.24

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי וזימונו לועדה רפואית אודה.

~~בכבוד רב ובב"ח,~~

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~

~~פרייברג רסקין עורכי דין~~

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

תאריך זרוא

שם פרטי

מרעני

מספר זהות
ס"ב

033310061

תאריך לידה

210811976

שנה חודש יום

מיין

זכר

שכיר

מתנדב

עצמאי

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

2/ פתחיה

מס' בית

16

דואר אלקטרוני:

@

0586002425

טלפון קווי

0535545345

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

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

שם פרטי של איש קשר

שם משפחה של איש קשר

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

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
--------------	---------	-------	------	-------	-------

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

26012024

שנה חודש יום

מסלול עבודה: נהליה, חמלני, זימור, תאריך: 22.12.2023, מנכ"ל: זימור

קבלה 56242

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולות ההתנדבות

טלפון 0737780370

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות

פיקוס הפצה ואיסוף

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב/תא דואר

שם תחנה

6

שם

המקצוע ערב הפגיעה: מילואים

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

מיקוד

יישוב

מס' בית

רחוב/תא דואר

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ משמר אזורי

☐ משטרה

☐ אחר

תאריך כניסה לשירות קבע

תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממוכתב הדחייה.

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן פרט

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☒ כן פרט צילום רנטגן של בקבוע בלוי

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבטח בקופ"ח בלוי

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר מרסל זינגמן	כירורגיה	מרכז רפואי ש. 15. תל אביב
ד"ר יואל זלמן	אורטופדיה	מרכז רפואי ש. 15. תל אביב
ד"ר חננה טייטל	משפחה	מרכז רפואי ש. 15. תל אביב

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

רצ
רצ
רצ
רצ

כאב והלצה זנידוף פג
כאב' כאב וסמקו מוג
רש' זנידוף, הימה וניגה
פוג' זנידוף מניסמ' וניגה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שזינו על ידך לעיל?

☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

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

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

☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מזדבר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וזיתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-741 2358

כתובת
הגמלה, ד, רמת גן

שם גורם מסייע
ח'ק' אחיא' ער"2

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזרחי ספרות	זרע	571	328213

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 24.9.24 חתימת מקבל הגמלה X חתימת השותפים לחשבון X

11

הצהרה

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

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

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 24.9.24 חתימת התובע X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>	7	6	0	1	2	0	2	4	יום		חודש		שנה				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>6</td><td>1</td> </tr> </table>	0	3	3	3	1	0	6	6	1	קוד גמלה 11
7	6	0	1	2	0	2	4																				
יום		חודש		שנה																							
0	3	3	3	1	0	6	6	1																			
שם פרטי מר פני	שם משפחה מר זאב	חבר בקופת חולים																									
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר																											

הצהרה

2

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

תאריך 2.10.2004 חתימת המבוטח x

10:07 תאריך: 28/01/2024

הפניה כללית.

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

26/01/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33761146073

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761146073

תז נבדק



33310061

מספר רשיון



120935

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת:

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

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

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

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

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תרופות קבועות

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

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



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

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

תאריך: 28/01/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

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

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

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

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מיכאל לייבמן **נחתם דיגיטלית**

מרפאה יועצת חולון

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 22829
טלפון 03-5592810

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

מחוז ת"א

תאריך: 05/02/2024

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

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

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

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

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

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

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר קלפנר טיבריו **נחתם דיגיטלית**

ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



012207008183

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 47.05 מינ: ז

בראי מרדכי תומר

מס' זהות: 00033310061

ביקור עקב תאונת עבודה

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 06/05/2024 - 05/02/2024

מס' רישיון



022829

טלפון: 03-5592810

שם הרופא ד"ר קלפנר טיבריו

כתובת: מרבד הקסמים 5

תחום: מומחה ברפואת משפחה

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



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

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

תאריך: 04/03/2024

הפניה לדימות

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

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757049392

תז נבדק



33310061

רשיון רופא



031963

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: צילום - X RAY
RADIOGRAPHY

שירות שנבחר

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

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	susp# L1	LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

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

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 04/03/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

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

26/01/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35757049414

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757049414

תז נבדק



33310061

רשיון רופא



031963

לכבוד: מכון פיזיותרפי PHYSIOTHERAPY

בירור וקבעית תור בטל 2700*

במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגים -יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול

פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

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

כדורים לא עזרו

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

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

כל יום 2000 יח' בינ"ל

נשלח/ה לפיזיותרפיה

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

זיהום)

חגורת גב

בעיות פעילות

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

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תרופות קבועות

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

ממצאים קליניים

בדיקת ע"ש מתני -לסג-

ללא חוסר ניירוסקולרי או מוטורי

מעט כאב מעט הגבלה בכיפון, רגישות D12

ס.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

04/03/2024

הודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

00033310061

בראי מרדכי תומר

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



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 06.03.2024

33310061	מרדכי תומר בראי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

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

האישור הופק באמצעות מערכת האוני-ליין של כללית



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 06.03.2024

33310061	מרדכי תומר בראי
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

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

האישור הופק באמצעות מערכת האו"ליין של כללית

תאריך: 01/07/2024

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.10	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3- 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58- 6002425					

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

הממצאים הקליניים:

ממצאים מתאריך 06/06/2024
ממצאים מתאריך 03/06/2024
ממצאים מתאריך 12/03/2024
ממצאים מתאריך 05/02/2024
רגישות בעייש מותני
היחזרים תקינים
12/03/2024
מצב כללי טוב
לב קולות לב סדירים
נירולוגי ללא סימני צד אישונים שווים מגיבים לאור - אין ניסטגמוס
עצבי פנים במפ
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
03/06/2024
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
אין שינויים בתחושה
06/06/2024
01/07/2024

אבחנות

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

הטיפול הנוכחי:

לפי הצהרת הלקוח

הערות:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/06/2024 עד יום 28/06/2024 (בכלל) סה"כ 6 ימים

01/07/2024 01/07/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר קלפנר טיבריו **נחתם דיגיטלית**

ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 01/07/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.10	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3 - 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58 - 6002425					

תאריך תאונה 26/01/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 32207005400

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

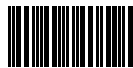
מספר רשיון



2207



032207005400



33310061



022829

לכבוד: מרפאה אורטופדית

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/06/2024:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/06/2024:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/03/2024:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/02/2024:
ביקור מינהלי
לדבריו ב- 26.01.2024 בזמן עבודה היחלק ונפל
בהמשך ב- 28.01.2024 נבדק במרפאה כירורגית עקב המשך כאבי גב
לאחר בדיקה שוחרר עם המלצות
- טפול אנלגטי ZALDIAR 1X2
- יעוץ אורטופדי- לדבריו יש לו תור
עדיין כאבי גב התחתון עם הגבלה בתנועות
מבקש כדור אחר
12/03/2024:
ב- 04.03.2024 נבדק על ידי אורטופד
הופנה לצלום עייש מותני
- פיזיותרפיה
לדבריו מאז התאונה יש כאבי ראש בעיקר מימין
גם הכאבי גב חזקים
לדבריו אנלגטיקה עוזר מעט
לא קנה את התרופות שהמליץ אורטופד
03/06/2024:
מאתמול שוב כאבי גב התחתון עם הגבלה בתנועות
06/06/2024:
מרגיש יותר טוב
פחות כאבים
01/07/2024:
לדבריו שבוע שעבר היה בבית שוב עקב כאבי גב עם הגבלה בתנועות
מבקש חופש

סימנים חיוניים: גובה 174 20/06/2023 משקל 74 30/07/2023 bmi 24.44

לחץ דם 70 / 124 12/03/2024

דופק 72 12/03/2024

21/06/2023 מתאריך 100.12 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 06/06/2024
ממצאים מתאריך 03/06/2024
ממצאים מתאריך 12/03/2024
ממצאים מתאריך 05/02/2024
רגישות בעייש מותני
היחזרים תקינים
12/03/2024
מצב כללי טוב
לב קולות לב סדירים
נירולגוי ללא סימני צד אישונים שווים מגיבים לאור - אין ניסגמוס
עצבי פנים במפ
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
03/06/2024
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
אין שינויים בתחושה
06/06/2024
01/07/2024

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9245		CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE
923		CONTUSION UPPER LIMB
9299		CRUSH INJURY
7840		HEADACHE
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/06/2024
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/06/2024
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/03/2024
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/02/2024
מבקש המשך חופש
12/03/2024
לרכוש טפול שקבל מאורטופד
ביקורתב עוד 5 ימים
ההפניות שהופקו ב 12/03/2024
הפניה למעבדה - ביוכימיה,המטולוגיה,אנדו-הורמון,
03/06/2024
טפול סימפתומתי
TAB ROKACET PLUS 1X3
מנוחה
06/06/2024
המשך מנוחה עוד 3 ימים
01/07/2024
המלצה לסדר תור למרפאה אורטופדית לבדיקה

בעיות פעילות

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

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תרופות קבועות

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

בראי מרדכי תומר

00033310061

הודפס ע"י ד"ר קלפנר טיבריו

01/07/2024

הודפס מאתר כללית ב-11.08.2024 בשעה 14:30 בעבור מרדכי תומר בראי. תעודת זהות: 33310061.

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

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר קלפנר טיבריו	22829	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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



מספר רשיון 22829
טלפון 03-5592810

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

מחוז ת"א

תאריך: 06/06/2024

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.09	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישוב:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3- 5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58- 6002425					

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

הממצאים הקליניים:

ממצאים מתאריך 03/06/2024:
ממצאים מתאריך 12/03/2024:
ממצאים מתאריך 05/02/2024:
רגישות בעייש מותני
היחזרים תקינים
12/03/2024:
מצב כללי טוב
לב קולות לב סדירים
נירולוגי ללא סימני צד אישונים שווים מגיבים לאור - אין ניסטגמוס
עצבי פנים במפ
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
03/06/2024:
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
אין שינויים בתחושה
06/06/2024:

אבחנות

קוד	אפיין	אבחנה
9245		CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE
923		CONTUSION UPPER LIMB
7242		LOW BACK PAIN

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 05/06/2024 עד יום 07/06/2024 (בכלל) סה"כ 3 ימים
06/06/2024 06/06/2024

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

ד"ר קלפנר טיבריו **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 03/06/2024

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בראי מרדכי תומר	מס זהות:	00033310061	גיל:	47.09	מין:	ז
ת.לידה:	21/08/1976	ישבו:	בני ברק	רחוב:	בן פתחיה	טלפון נוסף:	3-5583455	
מס בית:	16	טלפון:	58-6002425					

תאריך תאונה: 26/01/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

הממצאים הקליניים:

ממצאים מתאריך 12/03/2024
ממצאים מתאריך 05/02/2024
רגישות בעייש מותני
היחזרים תקינים
12/03/2024
מצב כללי טוב
לב קולות לב סדירים
נירולוגי ללא סימני צד אישונים שווים מגיבים לאור - אין ניסטגמוס
עצבי פנים במפ
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
03/06/2024
רגישות בעייש מותני
רגליים היחזרים תקינים
אין שינויים בתחושה

אבחנות

קוד	אפיין	אבחנה
9245		CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE
7242		LOW BACK PAIN

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 02/06/2024 עד יום 04/06/2024 (בכלל) סה"כ 3 ימים
03/06/2024 03/06/2024

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

ד"ר קלפנר טיבריו - חולון

ד"ר קלפנר טיבריו **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד