



לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
בדוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: ליטל מאיר, ת.ז. 308237395
תאונה מיום 04/09/2023 – פוליסת תאונות אישיות

הנני מייצג את מרשתי הנפגעת שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

- בתאריך 4/9/23 הייתה מרשתי מעורבת בתאונה עת נפלה ונחבלה ביציאה מרכבה.
- לאחר התאונה טופלה מרשתי בבית החולים בילינסון ובדיקת הדמיה שבוצעה וכוונה לקרסול שמאל הדגימה שבר בפטיון הלטרלי. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה מרשתי לביתה כשהיא מנועה מדריכה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, רגל מורמת, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
- מרשתי המשיכה במעקב הרפואי, רגלה הושמה בסד גבס עם חוסר יכולת לדרוך וצורך במעקב רפואי אינטנסיבי, ביצוע טיפולים ונטילת משככי כאבים.
- ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי קבעה את נכויותיה כדלקמן:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-29/10/2023 עד-31/01/2024	30.0 %
מ-01/02/2024 עד-08/05/2024	15.0 %
מ-09/05/2024 ואילך (נכות קבועה)	5.0 %

רצ"ב תעודות רפואיות, פרוטוקול והחלטת המל"ל.

- על פי תנאי הפוליסה זכאית מרשתי, בין היתר, לפיצוי בגין נכותה מתאונה.



6. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהעברת תגמולי הביטוח להם זכאית מרשתי לפקודת

עו"ד אריאל פרייברג.

רצ"ב יפוי כח, טופס וס"ר ואישור ניהול חשבון פקדונות.

7. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

^{3/6} בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 16/1
ת.ז. מס' 301237395
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או מרחוב 3
נגד 25/5
ל להיות באי כוחי במשפט של 13/1
בענין תאונת דרכים מיום 3/11/13
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן. הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימוני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 30 לחודש 1 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
ר.ל.ר	ד.ג.	308237395	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
11/כ"ו	25/3	המל/13	
		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:

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
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: 30.1.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. חתימה: X

אריאל פרידמן, עו"ד
מ.ו. 62254

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צליליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

תאריך קבלה: 04/09/2023
מספר קבלה: 2023190252
07:28

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: אחר

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF LATERAL MALLEOLUS, CLOSED	8242	Left		✓			
WEBER A							

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת קרסול
הערות: שמאל לדבריה שיפשוף בברך ימין

תלונה עיקרית

בת 30
ברקע תת תריסיות מאוזן תחת יוטרוקס
רגישות לאתופן - נפיחות ופריחה

פנתה למלר"ד לאחר נפילה בחניון מקום עבודה במוסדנו. מתארת מעידה על מדרגה וחבלה סיבובית לקרסול שמאל. ללא חבלות נוספות

בבדיקה

נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל - ללא סימני חבלה על העור. נפיחות באזור הפטישון הלטרלי. ללא רגישות על הפיבולה הפרוקסימלית ולאורך הטיביה.
ללא רגישות על הסינדרמוזיס
רגישות פטישון לטרלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי. רגישות על ה-ATFL.
ללא רגישות ליספרנק/בסיס מסרקים 1,5 ..
הנעת בהונות תקינה. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נמוש.

בצילום קרסול שמאל- שבר פטישון לטרלי WEBER A

רגישות לתרופות

שם התרופה ETOPAN
תאריך רישום 03/10/2022
תגובה פריחה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צלייכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר חדר	כאב
07:38 04/09/2023			98	5
07:34 04/09/2023	87	112 / 73		

מעקב סיעודי

נרשם ע"י: וייס סיגל מ.ר. 13465 , מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 07:38 04/09/2023

דיווח / דיון: לדבריה אינה מעוניינת בנגד כאבים

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	04/09/2023	צילום קרסול שמאל במסגרת גפה תחתונה

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל
#נגד כאבים לפי הצורך.
#הרמת הרגל וקירור מקומי.
#דריכה לפי מגבלות הכאב
#חבישה אלסטית - יש להסיר בלילה
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד 7-10 ימים.
#בכל החמרה – לבדיקת רפואית בהקדם.
חופשת מחלה: 7 ימים.

*המשך פיזיותרפיה בקהילה. ניתן לתאם תור ישירות מול מכון פיזיותרפיה באזור מגוריו עם הפניה זו.

סטטוס מטופל בשחרור

משתחררת לביתה במצב יציב לאחר שהוסברו הממצאים וההמלצות

רופא אחראי

רופא: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

נחתם ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

חתימה: _____

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צלייכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37
חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים



0338003122



135691



קוד הפניה: 341119243

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.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

ציליין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3603	קרוסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

שאלה למבצע הבדיקה: FX ANKLE

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרוסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

ממצאים: צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

בעיות ידועות:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)
• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/09/2023 עד תאריך - 03/03/2024

05/09/2023

חתימה וחומת

תאריך

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.

ד"ר עדי כהן

מומחה ברפואת ילדים ובאלרגולוגיה
אומולוגיה

מס' רישוי: 19171

כתובת: רח' מאירוביץ' 36, ראש"צ

טלפון: 03-9671133

הסמכות מכי"ש, ישראל

מכבי, שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שירות רפואי מוסמך

תעודת רפואית ראשונה לטיפול בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכר/אמצעי
מאיר	ליטל			שי	7523161	שנת לידה	308237395	שכיר
ישוב	ראשון לציון	רחוב	מס'	מיקוד	מקצוע		חבר (כול)	נ
צ'ליל'ין		25	טלפון		מקצוע		שנת לידה	נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ
צ'ליל'ין		25		7523161		1983		נ
רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה		נ

ראור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיע אל'ם והיקף קיבל טיפול:

פונה למל"ד בתאריך 04/09/2023 לאחר נפילה בחנוך מקום עבודה
ממארת מעידה על מדרגה וחבלה סבבבית לקיסול שמאל: ללא חבלות
מספוח

בבדיקת
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל ללא סימני חבלה על העור. נפוחות באזור הפטיון הלטרלי, ללא רגישות על הפיבוליה הפרוקסמלית ולאורך
הסיביה.

ללא רגישות על הסינדרומזיס
רגישות פטיון לטרלי, ללא רגישות פטיון מדיאלי, רגישות על ה. ATFL
ללא רגישות ליספרקן/בסיס מסרקים. 1.5.
הנעת בהונות תקינה, תחושה דיסלית שמורה. דופק קממוש.

בגילום קיסול שמאל שבר פטיון לטרלי W
פונה למל"ד בתאריך 04/09/2023 לאחר נפילה בחנוך מקום עבודה במסדנ. ממארת מעידה על מדרגה וחבלה סבבבית
לקיסול שמאל: ללא חבלות
מספוח

בבדיקת
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל ללא סימני חבלה על העור. נפוחות באזור הפטיון הלטרלי, ללא רגישות על הפיבוליה הפרוקסמלית ולאורך
הסיביה.

ללא רגישות על הסינדרומזיס
רגישות פטיון לטרלי, ללא רגישות פטיון מדיאלי, רגישות על ה. ATFL
ללא רגישות ליספרקן/בסיס מסרקים. 1.5.
הנעת בהונות תקינה, תחושה דיסלית שמורה. דופק קממוש.

בגילום קיסול שמאל שבר פטיון לטרלי W
נמצאת בטיפול פיזיותרפיה

אבחנה:

FRACUTURE ANKLE LATERAL MALEOLUS CLOSED

כתמאה מרפגעה המוצהרת על-ידי הג'לי:

הג'לי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

דף 1

(בדלד)

28/10/2023

עד יום:

04/09/2023

ימים, היום מיום:

19/10/2023

חתימת הרופא

תאריך הבדיקה

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי, או הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותרופה על חשבון המעביד.

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

מס' מ.מ. 11308
מס' מ.מ. 19171
מס' מ.מ. 11308
מס' מ.מ. 19171

דף 2



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 05/09/2023

תאריך הפיענוח: 05/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז. הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23602653

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב שבר

ממצאים:

שמאל

=====

שבר ללא תזוזה בפטישון חיצוני

בברכה

ד"ר דימה זיו

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1



135691



קוד הפניה: 341104943

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000250770005

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 05/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזנים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
מייצב קרסול קשיח עם כריות (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	1	96561		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 04/12/2023

05/09/2023

חתימה וחותמת

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 ינתן 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*.

לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוסחי שב"ן-יוכלו 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.

לנפגעי 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

גיל: 30.8

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 1436348

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:30:16 12/09/2023 ניידות עם דרכיה ב-ARICAST ביקורת עוד 3 שבועות + XR. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלח על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-ARICAST

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלח על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED	Lt		

הערות
בתוקף עד - 10/03/2024

בדיקות/הפניות
מכון רנטגן: קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	05.5	2282	POP leg removal

המלצות למטופל: ניידות עם דרכיה ב-ARICAST ביקורת עוד 3 שבועות + XR	קוד C00001	סוג האישור אישור מחלה	מזמן למעקב: ☒ כן בעוד כ- 3 שבועות ☒
עד תאריך 03/10/2023	מתאריך 05/09/2023		

תאריך: 12/09/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 05/09/2023 עד יום: 03/10/2023 סה"כ: 29 ימים.

12/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0338003122



135691



קוד הפניה: 342120124

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.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

טלפון: 039501431

מין: נ

ת.לידה: 12/01/1993



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3603	קרוסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

שאלה למבצע הבדיקה: FX ANKLE

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרוסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LMבביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-AIRCASTממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

בעיות ידועות:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)
• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 12/09/2023 עד תאריך 10/03/2024

12/09/2023

חתימה וחוקת

תאריך

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.



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 12/09/2023

תאריך הפיענוח: 12/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23617903

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב

ממצאים:

שמאל:

גפה בגבס.

שבר ידוע בפטישון לטרלי, בתהליך איחוי.

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

בברכה

ד"ר אלכסנדר קלינדוכוב

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 31689

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1

תאריך: 03/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



135691

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00

תאריך הביקור: 03/10/2023

המלצות למטופל: משככי כאבים

ניידות עם דריכה מלאה

פיזיותרפיה - שיפור בטווחי תנועה + ניידות

מנוחה עוד כ3 שבועות

ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה	03/10/2023	
אישור	אישור מחלה	03/10/2023	26/10/2023

002532185411



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 03/10/2023

תאריך הפיענוח: 03/10/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23658005

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

ביקורת של שבר

ממצאים:

שמאל

שבר ידוע ללא תזוזה בפטישון החיצוני .

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

מבצע הבדיקה:

בברכה

ד"ר זינובי קפוסטין

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 28005

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1



135691

**קוד הפניה:** 344712977**טלפון:** 03-9541111**פקס:** 073-2132669**כתובת:** רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)**פרטי הנבדק:****ת.ז.:** 308237395**שם פרטי:** ליטל**שם משפחה:** מאיר**טל.עבודה/נייד:** 0544432741

039501431

טלפון:**מין:** נ

12/01/1993

ת.לידה:

0308237395

מיקוד: 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:**מכון פיזיותרפיה****תלונות:** בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17

בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה

נבדקה במיון אורתופדי

אובחן שבר WEBER A

הומלתץ על חבישה אלסטית

עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה

בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל

רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

העברה מסד גבס לAIRCRAFT

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17

צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה

הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

חודש לאחר שבר בקרסול

רגישות על פני LAT MALLEOLUS

מובלות מינימלית בדורסיפלקציה

רנטגן - שבר בשליבי חיבור

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)

• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

בעיות ידועות:**רגישויות לתרופות:** 16/07/2019 - ETOPAN -

• DESLORATADINE 5MG X 30 1X1X90

• EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

תרופות קבועות:**מעשנת:** לא**סיבת ההפניה:** הפעלת קרסול /שיחזור טווחי תנועה + דורסיפלקציה
הדרכה



135691



קוד הפניה: 344712977

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.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:



0308237395

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/10/2023 עד תאריך - 31/03/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/10/2023

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 03/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/10/2023 עד יום: 26/10/2023 סה"כ: 24 ימים.

03/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 28/01/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



135691

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

תמצית הביקור מתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42

תאריך הביקור: 28/01/2024

המלצות למטופל: פיזיותרפיה - שיפור בטווי תנועה פלנטר/דורסיפלקציה
ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002650467871

גיל: 31

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

מספר ביקור: 5046787

תלונות: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05
העברה מסד גבס ל-AIRCAST

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18
חודש לאחר שבר בקרסול
רגישות על פני LAT MALLEOLUS
מובלות מינימלית בדורסיפלקציה
רנטגן - שבר בשליבי חיבור

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29
בבדיקה מוגבלות מינימלית בטווי תנועה בקרסול

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

בביקור בתאריך 28/01/2024 בשעה 17:42:29

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

המלצות למטופל:

פיזיותרפיה - שיפור בטווי תנועה פלנטר/דורסיפלקציה
ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ד"ר גיידוק אלכסנדר
מומחה באורתופדיה
מ.ר. 1350



עמוד 1 מתוך 2

לכבוד

ליטל מאיר מספר זהות: 308237395
צלליכין 25 דירה 5 כניסה א
ראשון לציון 7523161

ב' אייר תשפ"ד
10 מאי 2024

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי

1. במסגרת התביעה לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 04/09/2023), קבעה הוועדה הרפואית המסכמת מיום 09/05/2024 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-29/10/2023 עד-31/01/2024	30.0 %
מ-01/02/2024 עד-08/05/2024	15.0 %
מ-09/05/2024 ואילך (נכות קבועה)	5.0 %

2. מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.

3. הטיפול בתביעה הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליכם מכתב החלטה בנוגע לזכאות.

לתשומת
לבך

לידיעתך, אם אינך מסוגלת לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק, הינך רשאית להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקקת".
הכרה כ"נכה נזקקת", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. טופס תביעה ניתן להשיג באתר האינטרנט או בסניף מגורייך.

בתום תקופת הנכות הזמנית ישלח לך זימון לוועדה נוספת

לשירותך

בסניף ליד ביתך

סניף ראשי ראשון לציון, גלילי
ישראל 7
פקס: 03-9426770



במוקד הטלפוני

6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א' עד ה' מ-8:00 עד 17:00



באתר האינטרנט

www.btl.gov.il





זכותך
לערעור

זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
ליאת חליו
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



דוח ועדה רפואית

ליטל מאיר, מספר זהות 308237395

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי ראשון לציון	סניף ראשי ראשון לציון	NV-9721-2800	09/05/2024

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ליטל מאיר	308237395	12/01/1993	נקבה	צלליכין 25 דירה 5 א, ראשון לציון 7523161
טלפון:				
03-9501431				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
04/09/2023	- מעמד תעסוקתי: שכיר רנטגנאית ריפוי - תיאור המקרה: חבלה נתקלה במדרכה ונפלה על הרצפה - מהות המקרה: קרסול שמאל

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
05/09/2023	28/10/2023	54 ימים

נוכחות בדיון

התובעת נכחה בדיון	זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
הקלטת הדיון	הלקוחה הסכימה להקלטה המייצג הסכים להקלטה

משתתפי הוועדה

ד"ר ארנן גרינטל	כירורגיה אורטופדית
ורד גרבי	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

שבר תקופה מאוד מאוד ארוכה, היה לה מאוד קשה לבצע פעולות יומיומיות והתנהלות, ביצעה טיפולי פיזיותרפיה ומעקב, לאט לאט חזרה לתפקוד, נותרה עם הגבלה וכאבים בעיקר בהפעלה עמידה ממושכת, לאחר משמרות או עלייה וירידה במדרגות, נבקש מהועדה להתייחס לתק' העבר והמצב הנוכחי, ממשיכה מעקב רפואי כולל פיזיותרפיה.

עורך דין

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של ליטל מאיר

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר ארנן גרינטל, ורד גרבי
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

הליכה ללא צליעה. בדיקה התבצעה בשכיבת פרקדן ובנוכחות המזכירה. כפוף כפי 50 מעלות בשני הצדדים. כפוף גבי מימין 5 מעלות ומשמאל חסרות מעלות בודדות אין רגישות על הפיבולה המרוחקת ואין רגישות על המייצבים החיצוניים מגרה + בשני הצדדים. אין נוזל בקרסול ואין מלאות סינוביאלית לפי החומר הרפואי מדובר בשבר פטישון לטרלי ללא תזוזה עם החלמה תקינה

מסקנות

כעת נותרו תלונות וחוסר מעלות בודדות בחלק מהתנועה הועדה קובעת נכויות זמניות ונכות צמיתה

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
824.2- (שבר בפטישון הצדדי) (רגל	שמאל	04/09/2023	קיים קשר סיבתי

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 29/10/2023 עד: 31/01/2024	שבר בפטישון הצדדי (רגל) - שמאל	30%	30% זמני	
מ: 01/02/2024 עד: 08/05/2024	שבר בפטישון הצדדי (רגל) - שמאל	15%	15% זמני	
מ: 09/05/2024	שבר בפטישון הצדדי (רגל) - שמאל	48(3)(א) הגבלה ניכרת של תנועות הקרסול 5%	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: נותרו מעט תלונות וחוסר מעלות בודדות בחלק מהתנועה - איבר: רגל - צד: שמאל

תקנה 15

אין מקום להפעלת התקנה. חזרה לעבודה ואין ירידה בהכנסות

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
29/10/2023	31/01/2024	זמני	30%	30%
01/02/2024	08/05/2024	זמני	15%	15%
09/05/2024		צמית	5%	5%

■ מ- 09/05/2024 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 5%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר ארנן גרינטל

אני מצהיר בזאת כי

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר ארנן גרינטל מ"ר 1-18306

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 12191

הצהרה של מזכיר הוועדה: ורד גרבי

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ורד גרבי

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	11/02/2024
ביקור גלובלי במיון	04/09/2023
הפניה לדימות	05/09/2023
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	19/10/2023
צילום קרסול - כל צד	05/09/2023
הפניה לפרוצדורה	05/09/2023
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה	12/09/2023
אישור מחלה	12/09/2023
הפניה לדימות	12/09/2023
צילום קרסול - כל צד	12/09/2023
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה	03/10/2023
צילום קרסול - כל צד	03/10/2023
הפניה לפרוצדורה	03/10/2023
אישור מחלה	03/10/2023
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה	28/01/2024
סיכום תיק- לקראת ועדה רפואית (בל224)	11/02/2024
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	31/10/2023
טופס למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה (בל 250)	06/09/2023
אישור מעסיק על שכר בטופס תביעה לנכות (בל 7801 עמ' 6)	01/09/2023
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה	05/09/2023
כרטיס רפואי (רופא מטפל)	19/02/2024
כרטיס רפואי (מקצועי) -רפואה תעסוקתית	19/02/2024
כרטיס רפואי (מקצועי) -אורטופדיה	19/02/2024

נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו אחוז נכות מותאם?
מצב שבו נקבע לך ליקוי שמופיע ברשימת הליקויים הרפואיים, אך הרופא מחליט לקבוע לך אחוז נכות אחר - "מותאם".
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.

תאריך: 29.9.22

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג

הנדון: חשבון מס' 133470 - בסניף מס' 317

לבקשתך, הננו לאשר כי החשבון שבנדון רשום בסניפנו על שם:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.	עו"ד אריאל פרייברג בנאמנות פקדונות כללי	66630930
2.		
3.		
4.		

☒ בחשבון לא רשומים נהנים

☐ בחשבון רשומים נהנים כמפורט להלן:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.		
2.		
3.		
4.		

בכבוד רב,
הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ

