



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 20 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

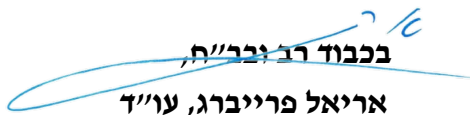


לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף תביעות עבודה

א.ג.נ שלום רב,

הנפגעת: שרון כהן, ת.ז. 208463463
תאונה מיום 21/12/2022

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ותלושי שכר.
2. כן, מצ"ב טופס יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשתי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.


בכבוד רב ובר"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

1

שם משפחה: כהן
 שם פרטי: שרון
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 208463463
 מספר תעודת זהות: 3
 טלפון קווי:
 טלפון נייד: 0546740683
 דואר אלקטרוני: @
 אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר:
 שם פרטי איש קשר:
 מס' זהות איש קשר:
 אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
 לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.
 מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים:

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
האריזה	2			תל אביב	647390

2

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א'
 שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/מפעל: אפקום 2
 רחוב / תא דואר: האריזה
 מס' בית: 2
 כניסה:
 דירה:
 יישוב: תל אביב
 מיקוד: 647390
 טלפון קווי:
 טלפון נייד: 0547645361
 מספר פקס:
 האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:
 האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:
 עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק:
 סוג העיסוק:
 רחוב / תא דואר:
 מס' בית:
 כניסה:
 דירה:
 יישוב:
 מיקוד:
 טלפון קווי:
 טלפון נייד:
 טלפון פקס:

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום
2024 7 20

היום בשבוע

שלישי

שעת הפגיעה

09:00

תאריך הפסקת עבודה

2/7/24

שעת הפסקת עבודה

9:00

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☒ בדרך לעבודה

שלחית נור צאל זמ"ל
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר
למ"ל שלחית נור צאל זמ"ל / למ"ל שלחית נור צאל זמ"ל
שלחית נור צאל זמ"ל / למ"ל שלחית נור צאל זמ"ל

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט
המאמץ, הכחול, החלקי, ונחלק.

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מזהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
נא לפרט את ימין, אגן ורגל	יפיוח והמלצות	היין אינולוג
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2024 חודש 7 יום 02	יום 10	היין אינולוג
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ד"ר מנחם אלכסיו	אורתופדיה	שבה טופלתי או אני מטופל	052474444
ד"ר מנחם קינני	רפואת פני אף	זיהה אינולוג	
		שפרת רפ"ת	

5

סינוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפיו כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
א"ת אריאל פר"ז	אגן האל ד רמ"ה	035311888

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה
☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☒ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל כתובתו מס' פקס
 מס' טלפון דואר אלקטרוני

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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך

יום	חודש	שנה					

מסעה

עד שעה							

עד שעה

עד שעה							

מתאריך

יום	חודש	שנה					

עד תאריך

יום	חודש	שנה					

עד תאריך

יום	חודש	שנה					

עד תאריך

יום	חודש	שנה					

- ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
 שעות עבודתי במשלך יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____
☐ משעה _____ עד שעה: _____
☐ עבודה במשמרות

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **x**

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

ש"י נהן

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

41344/16

857

סניף ימזעריה, בנרמסון 66 זמזעריה

אלמיה

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

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

10

☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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

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

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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

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

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

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

חתימת התובע

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות
ב"ס

קרבה לתובע

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

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

ת.ז.

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: המסעדה שעת הפגיעה: 9:00 תאריך: 21/11/24

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: המסעדה

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן

1. שם: ת.ז.
 2. שם: ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל: מנהל
 מטרת יציאתו מחוץ למפעל: שט העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת
 תפקידו: שעת החזרה הצפויה

תאונה בבניין: שם האתר: שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע: שם הקבלן המבצע

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 9:00 איזו משמרת? הא-זרז
☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שהדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק: מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 25/2/24 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות:

ממתי: עד מתי נעדר מהעבודה. והאם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בשי"ה	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 6/24	30	☒ יומי ☐ חודשי	33,921	11	שם התשלום
חודש 5/24	30	☒ יומי ☐ חודשי	33,925	23	שם התשלום
חודש 4/24	30	☒ יומי ☐ חודשי	37,186		שם התשלום
חודש 3/24	30	☒ יומי ☐ חודשי	33,925		שם התשלום

☒ העובד שב לעבודה בתאריך 4/7/24 מנהל
☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט: העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: מנהל

שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא שם איש קשר לברור פרטי שכר: דאבי מספר טלפון: 054764536

דואר אלקטרוני: dabi @ appdome.com
 חתימת המעסיק: תאריך שם ותפקיד החותם: חתימה וחותמת

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 4.86 ימים

☐ לא, ☒ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הוסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

AppDome LTD.
I.D. 514663723

חתימה וחתימת

שם החותם ד"ר. אבי

תפקיד החותם

תאריך 10/7/24

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

☐ יומית

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	בסיס שכר	אחוז המעשרה	מספר ימי עבודה בשכר	מספר ימים עבורם לא שולם השכר	הסיבה
06/24	33921	33921	3431	ה	100.0%	30.0 מ		
05/24	33925	33925	3432	ה	100.0%	30.0 מ		
04/24	37186	34991	3560	ה	100.0%	30.0 מ		
03/24	33925	35023	3563	ה	100.0%	30.0 מ		

בחדש 07/24 שולם לעובד עד תאריך הפגיעה (02/07/24) שכר בסך: _____ ש"ח.

הצהרת המעסיק: אני מאשר את נכונות הפרטים באישור זה.

AppDome LTD. (חברת מחשבים)
I.D. 514663723

מזכרת ביכפר 2000 דרישור שכר של 56194/5 לקוח 2270785

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 208463463	תאריך הפגיעה שנה חודש יום
שם משפחה כהן	שם פרטי שרון	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך _____ חתימת המבוטח X _____

19/09/1998	תלדה	ט"א	מקרה	מין	כחן שרון	שם המטופל	1208463463
054-6740683	טלפון	050283	מס' תל	דרך שלוחה 15 תל אביב - יפה		מנובת	

מס' סמל



3590000232

הבדיקה הדחשה חדר מיון - GNG0032

כחן שרון	עלמה
27	מ'ד
20846346-3	מ'ד
02 07 24	מ'ד
13208890	מ'ד



מ'תל

רקע: נא לטיפולכן

מלונות החולה:

- נפלה ממדרגה לפני 45 דקות, יש כאבים ברגל ימין
- בהריון שבוע 12
- לוקחת RIALIN+ VIEPAX, רגישות לפרמין

בדיקה גופנית:

- קרסול ימין נפוחה ד"צ, המטומה, כאבים ניכרים

אבחנות:

- CONTUSION ANKLE right

המבוטחת בהריון - גיל ההריון: 11 שבועות 6 ימים.

בימים א'-ה' ההפניה בתוקף עד 8 בבוקר של היום למחרת
 ביום ו' או ערב חג - ההפניה בתוקף עד יום א' או למחרת החג ב-8:00 בבוקר
 שים לב: השעה הקובעת היא זו המוחתמת בניירת הקבלה של בית החולים
 אנא הגע מספיק זמן קודם לשעה 8:00

	93878 רשמי	ד"ר סולד לין	רפואת נשים
83-6941662 טלפון	רפואת נשים	שפריצק 15 תל אביב -	תחום עיסוק



תאריך ושעת ההדפסה: 12:41 02/07/2024
חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוגר לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אחיות אחראית: מרבן רוזנבלט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 208463463
תאריך לידה: 19/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-6740683
מין: נקבה	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: דיזנגוף 302/7 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6311732

נחמי ביקור - תאריך ושעת קבלה: 02/07/2024 09:56 מספר מקרה: 13208890

סיים טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית
חבלת קרסול
מחלה נוכחית
בת 27, בריאה בדרך מל
בהריון שבוע 12

ביום קבלתה בדרך לעבודה חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול, לא נושאת משקל

בבדיקתה:
נפיחות והמטומה על גבי פטיון מדיאלי
רגישות טיביה פרוקסימלית
ללא רגישות כף רגל
כאבי סבהנעת הקרסול
מניעה בהונות בחופשיות
שמורה NV
דופק DP נימוש

בצילום קרסול - שבר פטיון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE
קובעה בגבס סירקולרי
השלימה צילום ביקורת - ללא שימי בעמדה
לאור הריון לא בוצע CT

משתחררת עם ההמלצות:

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	TX	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
MEDIAL MALLEOLUS FRACTURE CLOSE	824.0			✓			

טו"ר רפוא		מקרה :	ת"ז: 208483483	שם: שרון כהן
מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה				

יעוצים

פרטי המבקש : וסרמן אריק
תאריך : 11:57 02/07/2024
יחידה מיעצת : מרפאת נשים
הגדרת הבעיה :
בת 27, בריאה בדרך כלל בהריון שבוע 12, ביום קבלתה חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול, לא נושאת משקל נפיחות והמטומה על גבי פטיון מדיאלי רגישות טיביה פרוקסימלית ללא רגישות מסרקים מניעה בהונות בחופשיות שמורה NV דופק DP נימוש בצילום קרסול -שבר פטיון מדיאלי ואחורי, ללא רושם לפתיחה
השאלה ליועץ : מטופלת זקוקה לטיפול בגבס לחודש והצי, עם טיפול בקלקסן במינון מניעתי של 40 מ"ג. האם יש מניעה לשימוש בקלקסן?

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	12:14 02/07/2024
סטטוס מטופל	ממתין ל-XR

המלצות כלליות

המלצה: רגל ימין בגבס לא להרטיב או להוריד
לא דרכה על רגל ימין
רגל מורמת ככל שניתן בימים הקרובים
לא להכניס חפצים או לגרד מתחת לגבס
פרטים הועברו ליחידת טראומה אשר יצח קשר לגבי והחלטה על המשך טיפול
אם לא התקשר בתוך 3 ימים, להתקשר לתיאום תור מרפאה בטלפון 036974000
יש לקחת קלקסן מניעתי 40 מג פעם ביום עד ניידות מלאה (כעת ממשיכה לבדיקה במיון נשים, יש לקבל אישור לקלקסן)
בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא
חופשת מחלה 6 שבועות
חופשת מחלה: 6 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
זעביס רהאם מ.ר. 211151	אח/ת משחררת	02/07/2024 12:41

רפואה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר בנאדי עמית מ.ר. 166877	רופאה משחררת	02/07/2024 12:41

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנות למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.
מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביחד.
אנחנו כאן באיחילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוק, ה. לסיוע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי - 118



מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 נשים 1203 גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי
רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



סודי ופוא'

מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה	מקרה:	ת"ז: 208463463	שם שרון כהן
----------------------------	-------	----------------	-------------

תאריך ושעת ההדפסה: 13:19 02/07/2024

חשוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH

TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine

6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906

Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי

איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסווג לפי חוק לרפואה באוניברסיטת תל-אביב

רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906

טל: 03-6974444

מערך מיילדות

מנהלות המערך: פחפ' יוגב יריב מ.ר. 29214

שחרור רפואי

שם יחידה: מיון נשים	מנהלת מחלקה: פרופ' מסלוביץ שרון מ.ר. 28775	אחזת אחראית: לירון יונש
טלפון: 036973357	פקס: 036925727	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 208463463
תאריך לידה: 19/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-6740683
מיון נקבה	מבוגרת בקופה: מאוחדת	כתובת: דיזנגוף 302/7 תל-אביב - יפו תל-אביב - יפו 6311732

נחני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 02/07/2024 09:56 מספר מקרה: 13208890

סיבת הפנייה

סיבה עיקרית: חבלה בגפה

הערות: מטופלת כבת 27 פנתה למיון בעקבות חבלה בקרסול ימין לדבריה חבלה מבודדת כתוצאה מנפילה לדבריה בהריון שבוע 12.

אבחנת במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
MEDIAL MALLEOLUS FRACTURE CLOSE	824.0			✓			

תלונה עיקרית

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הריון נוכחי

גיל הריון: (לתאריך 02/07/2024) 11+6 (לפי וסונ), תאריך וסונ אחרונה: 10/04/2024

הריון עצמוני, מספר עוברים: 1

מחלה נוכחית

בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים-0, רגישות-0, תרופות-0.

היסטוריה מיילדותית: G1 - הריון נוכחי. ספונטני. ו.א. 10/04/2024 לפיכך היום שבוע 11+6. NT - תקין לדבריה.

פנתה למיון המל"י לאחר חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול. בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE. קובעה בגבס סירקולרי.

השלמה צילום ביקורת - ללא שינוי בעמדה.

נשלחה להערכה מיילדותית לאור היותה בהריון.

שם: שרון כהן	ת"ז: 208463463	מקרה:	מחלקה: מיון נשים
--------------	----------------	-------	------------------

בבדיקתה: נטחה, מדדים חיוניים תקינים, ללא חום.
בטן רכה, לא רגישה, ללא סג"צ. ללא רגישות בנדיקוש מותניים.
TAS: עובר ויביל עם דופק ותנועות, כמות מים תקינה.

לסיים - בת 27, בריאה בדר"כ, לקראת לידה ראשונה.
פנתה לאחר תבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.
בהערכה מילדותית מדד עובר תקינים בסונר.
ללא מניעה משחרור והמשך מעקב מול רופא מטפל.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

< קלקסן מניעת 40 מ"ג פעם ביום עד לניידות מלאה.
< המשך מעקב רופא מטפל.
< במקרה של כאבי בטן, עליית חום ל-38.0 מעלות ומעלה, דימום בכמות מעל וסת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

המלצות כלליות

המלצה:

רגל ימין בגבס לא להרטיב או להוריד
ללא דריכה על רגל ימין
רגל מורמת ככל שניתן במים הקרובים
לא להכניס חפצים או לגרד מתחת לגבס
פרטים הועברו ליחידת טראומה אשר יצר קשר לגבי החלטה על המשך טיפול
אם לא התקשר בתוך 3 ימים, להתקשר לתיאום תור מרפאה בטלפון 036974000
יש לקחת קלקסן מניעת 40 מג פעם ביום עד ניידות מלאה (כעת ממשיכה לבדיקה במיון נשים, יש לקבל אישור לקלקסן)
בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא
חופשת מחלה 6 שבועות.
חופשת מחלה: 6 שבועות.

רופא משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר גואז מלט שיר מר. 163009	רופאה	02/07/2024 13:18

חתימות אחות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
יוגש לירון	אח/ת משחררת	02/07/2024 13:19
דניאל ריהאם מר. 211151	אח/ת משחררת	02/07/2024 12:41

רופא מורשה שחרור

השחרור אושר על ידי: גואז

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביהר. אנחנו כאן באיילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך את השירות הרפואי הטוב ביותר. לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה. במידה והיך דקוק ה לסייע נוסף, לרשותך: השירות הסוציאלי בית חולים איילוב - 03-6973574 ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

סודי רפואי

שם: שרון כהן	ת"ד: 208463463	מקרה:	מחלקה: מיון נשים
--------------	----------------	-------	------------------

נט"ל - נפגעי נוראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי- 118



מטופלות יוקרה

במים אלה, סלם עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלחם במתח נפשי ובדידות.

להלן מספר טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאחרים וותיקים: מיון זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 8840*

יחידת סגולה לאחרים וותיקים 03-6947660

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 צעדים 1203 גברים

עץ - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיון זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzachut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

תאריך: 21/12/24



חסוי רפואי - מרשם רופא

כהן שרון שלמה מ.ז. 20846346-3 מלח 02.07.24 מלח מקרה: 13208890  מרכז רפואי ת"א	- מדיבת	שם החולה:	ת.ז.:
---	---------	-----------	-------

שם המחלקה / מרפאה

SC Cleare 40mg 1 x 1 Godday
דרך מתן שם התרופה (מסחרי / חומר פעיל) מינון תדירות משך הטיפול כמות כוללת

הערות וקוד נדרש: 15.08

12/12/24
כמות כוללת משך הטיפול תדירות מינון שם התרופה (מסחרי / חומר פעיל) דרך מתן

הערות וקוד נדרש:

כמות כוללת משך הטיפול תדירות מינון שם התרופה (מסחרי / חומר פעיל) דרך מתן

הערות וקוד נדרש:

אישור מנהל תורן
(לשימוש ב"ח)

אישור רופא מומחה
(לשימוש ב"ח)

6, הל-אביב 64239, Weizmann St., Tel-Aviv 64239 טל': 03-6974444 פקס: +972-3-5469580 072-3-6974444



ת.ז: 1208463463	שם המבוטח:	כהן שרון	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	תלמיד:	19/09/1996
	כתובת:	דרך שלמה 81 תל אביב - יפו	מיקוד:	66083	טלפון:	054-6740683		

מס. טופס

3590000307

הבדיקה הדרושה: אורטופד / אורתופד - ICG0005

רקע: נא לבדיקה באופן דחוף

תלונות החולה:

- העתק מ-02.07.2024: נפלה ממדרכה לפני 45 דקות, יש כאבים ברגל ימין, בהיריון שבוע 12

ביום 10.07.2024:

ביקור טלפוני

פנתה למיון ואובחנה כשבר בקרסול. שמה לב שיש כחול באצבאות שוללת כאבים עזים באצבעות, יש עדיין כאבים בכל האיזור בכלל מאז השבר. שולל אצבעות אדומות מאוד, מצליחה לזיז את האצבעות

בדיקה גופנית:

- כללית: לא נבדק

אבחנות:

- CONSULTATION

רפוא/מטפל:	ד"ר סולוד לין	רשיון:	93878
תחום עיסוק:	רפואת משפחה	טלפון:	03-6941662
כתובת:	שפרינצק 15 תל אביב -		



תאריך ושעת הדפסה: 14:39 15/07/2024
חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסגרת לפיקוח לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתודנטי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתודנטית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מר. 29067	אחראי אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 205463463
תאריך לידה: 19/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-6740663
מין: נקבה	מבטוח בקבוצה: מאוחדת	כתובת: דיזנגוף 302/7 תל-אביב - יפו תל-אביב - יפו 6311732

נתני ביקור - תאריך: 15/07/2024 שעה: 11:46 מספר ביקור: 4268876

אבחנה רנטגן
מחלה נוכחית
מיון 2/7/24
בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים-0, רגישות-0, תרופות-0.
היסטוריה מיילדותית: G1 - הריון נכחי. ספונטני. ז.א. 10/04/2024 לפיכך חים שבוע 11+6.
NT - תקין לדבריה.
פגתה למיון הכללי לאחר חבלה סיבובית לקרסול ימין. מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול.
בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE
קובעה בגבס סירקולרי
לסיכום- בת 27, בריאה בדר"כ, לקראת לידה ראשונה.
פגתה לאחר חבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.
בהערכה מיילדותית מדדי עובר תקינים בסוגר.
ללא מניעה משחרור והמשך מעקב מול רופא מטפל.

צילום ביקורת עמדה מתקבלת.
ללא רגישות ראש פיבולה.
גבס הוחלף למגף AIRCAST

מחלה נוכחית - המשך

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

ידועה רגישות לחומרים

סודי רשמי		שם: שרון כהן	
ת"ז: 208463463	מקרה:	בחלקית: איפאה מועדפות	

הפניה לניתוח
מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות
המלצה: שימוש בקביים ללא נשיאת משקל.
ביקורת בעוד חודש.

נחתם ע"י: דר' גולדוירט מיכל מ.ר. 29484

ד"ר מיכל גולדוירט
מוקדית נבדוקים ומועדות
1992
מ



אישור הנשרד

- חסוי רפואי -

מס. תיק

מס. פרטי

ע"ס סוראסקי



משרד הבריאות ת"א

שרות אמבולטורי
מרפאה אורטופדית

אל: הנבטן

מאת: מרפאה אורטופדית

נא לבצע לחולה:

שם המשפחה

שם פרטי

01148 ☐ טפול בליזר ראשון

00767 ☐ טפול בליזר חוזר

75990 ☐ הוצאת k Wire

75990 ☐ נ. אמבולטורי זעיר

75990 ☐ ניקור ברך

00854 ☐ טיפול חירופודי

75990 ☐ שאיבת גנגליון

00007 ☐ הוצאת גוף זר

00571 ☐ סד בינוני מאורתופלסט

00414 ☐ סד למניעת צניחת הרגל מהקסלים

00413 ☐ סדים לשמירת כתף

00901 ☐ טיפול במכשיר ווגנר

00899 ☐ טיפול במכשיר אליזרופ

00182 ☐ FNA

☐ לקרוא לרופא

ד"ר מנחם בן-דוד
מחלקת אורתופדיה
מס. תיק 00182

ותימת ד"ר רופא המטפל

00026 ☐ הוצאת תפרים

00023 ☐ החלפת תחבושות

00019 ☐ תחבושת אלסטית

00194 ☐ תחבושת גיונס

00969 ☐ צוארון רך

29700 ☒ הורדת גבס

29720 ☐ תקן גבס לא חידוש

00969 ☐ מחלה או צוארון

29405 ☐ גבס מתחת למרפק - גבס קטן

00005 ☐ גבס מעל למרפק - גבס גדול

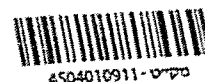
00005 ☐ צינוור פייפ

00005 ☐ גבס עד למפשעה - גבס גדול

00005 ☐ גבס עד לפרק - גבס קטן

00846 ☐ גבס הליכה - תיקון סוליה

00581 ☐ הזרקה לפרק



הזמנה לצילום / בדיקות בתי יג' ההדמיה

- חסוי רפואי -

מקום להדבקה בדולה

שם החולה: _____

העדות זהות: _____

שנת לידה: _____

גודל מספר: _____

חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי

☐ (כולל שיקוף - IVP)

☐ CT

☐ US

☐ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הגופו: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושימוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא בהר
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביקור: _____

תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Pil. (MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: _____ או BUN _____

CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא

האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא

אסטמה? ☐ כן ☐ לא

אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא

סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא

* אם כן איזו וכמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה. חובה להוידע עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג

דחיפות הביצוע: _____

הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

ח. נגוד: _____

כמות: _____ רופא: _____

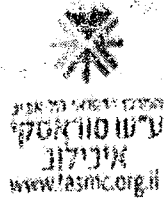
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מס' - 6520413409

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel Aviv University Faculty of Medicine
E. Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסגרת לרפואה לילדים
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מר. 29067	אחיות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	רוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: שרון	ת.ז.: 208463463
תאריך לידה: 19/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-6740683
מין: נקבה	מבוססה בקופה: מאוחדת	כתובת: דיזנגוף 302/7 תל-אביב - יפו תל-אביב - יפו 6311732

נתוני ביקור - תאריך: 12/08/2024 שעה: 09:16 מספר ביקור: 44313716

אבחנת רקע
בריא בדרך כלל

מחלה נוכחית
מין 2/7/24

בת 27, בריאה בדרך כלל, ניתוחים-0, רגישות-0, תרופות-0, היסטוריה מיילדותית: G1 - הריון נכחי. ספונטי. ו.א. 10/04/2024 לפיכך היום שבוע 11+6, NT - תקין לדבריה.

פנתה למיון הכללי לאחר חבלה סיבובית לקרסול ימין, מאז החבלה כאבים ונפיחות בקרסול. בצילום קרסול - שבר פטישון מדיאלי ואחורי, ללא פתיחה של MEDIAL CLEAR SPACE

קובעה בגבס סירקולרי

לסיכום- בת 27, בריאה בדר"כ, לקראת לידה ראשונה.

פנתה לאחר חבלה עם שבר בפטישון - גובסה בגבס סירקולרי.

בהערכה מיילדותית מדדי עובר תקינים בסונר.

ללא מניעה משחרור והמשך מעקב מול רופא מטפל.

15/7/24

צילום ביקורת עמדה מתקבלת.

ללא רגישות ראש פיבולה.

גבס הוחלף למגף AIRCAST

12/8/24

מרגישה טוב, נעזרת בקביים.

מחלה נוכחית - המשך

חבלת קרסול

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלות חשה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

שם שרון כרן	ת"ז: 208463463	מקרה	מחלקת מלפנים אורולוגיה
-------------	----------------	------	------------------------

מצב הפצע המתוח: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

הפניה לניתוח

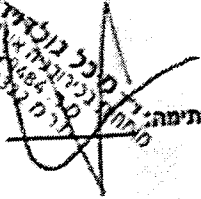
מוכנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: טיפול בפזיותרפיה.

שימוש בקביים נשיאת משקל חלקית בהדרגה לפי טאב.
ביקורת בעוד חודש.

נחתם ע"י: דר' גולדוירט מיכל מ.ר. 29484.

חתימה: 
 מיכל גולדוירט
 מ.ר. 29484
 1939

הזמנה לאילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השרות נאזות חובה

27
12.08.24
44313716

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____
 חולה אמבולטורי: _____

ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי
 (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ MRI טופס נפרד
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף
 מקום הביצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ביידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☒ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביפר:

תאריך:

חלק ב' ימולא בהתאם לסיכומי המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

- האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת?

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם ציוד צילום ויידית!
 בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרפוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

כרטיס	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקינים							
מקולקלים							

ח. ניגוד: _____
 כמות: _____
 רופא: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____
 רנטגן: _____
 חתימה: _____

תאריך קבלת ההזמנה: _____
 שעה: _____

הערות רדיולוג

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

09/10/2024

לכבוד:

כהן שרון

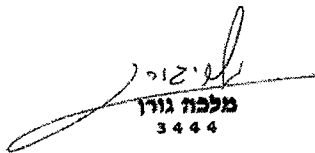
הנדון: אישור בעלות

לבקשתכם הננו לאשר כי חשבון שמספרו 41384/16
מספר זה"ב: IL670108570000004138416

מנוהל בבנק לאומי לישראל בע"מ, בסניף 857

ומתנהל על שם:

שמות המעורבים	סוג המעורבות	סוג זיהוי	מספר הזיהוי
שרון כהן	בעלים	ת.ז.	208463463


מלכה גורן
3444

בברכה,
בנק לאומי לישראל בע"מ
857



ט.ל.ח

חברה : 247 - אפדום בע"מ כתובת: האבעה 21 ישוב : תל אביב 0	תיק ניכויים: 943286716 מספר תאגיד: 514663723 תיק בי"ל: 94328671600	תלוש שכר לחודש 06/2024 הודפס בתאריך 01/07/2024 דף 1 מתוך 1
--	--	--

פרטים אישיים		לכבוד כהן שרון סלמה 61 תל אביב 0
מספר זהות: 208463463	מספר העובד: 0199	
ס.משרה: 1-יחידה	משרה בי"ל: עיקרית	
בסיס השכר: חודשי	חלקיות המשרה: 1.0000	
מחלקה: 001 R&D	ותק: 00.04.06	תחילת עבודה: 25/02/2024
מצב משפחתי: נ+0		
דרוג: 000	דרגה: 000	
בנק: 10/857	חשבון: 004138416	

תאור התשלום		כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
001	משכורת					25600.00	מס הכנסה	7411.20
012	שעות נוס					6400.00	ב.לאומי	1878.00
004	נסיעות					225.00	מס בריאות	1553.00
009	עלות שעה		140.65				כלל פנסיה	1480.20
024	שוויארוחות				1696.35		אקסלנס קה"ש	392.80
							כלל משלימה	439.80
סה"כ תשלומים					1696.35	32225.00	ניכויי חובה	13155.00

שכר נטו		19070.00	
נכויי רשות		הניכוי	
נכויי רשות			
לתשלום		19070.00	

חשבון חופשה		נתונים מצטברים		נתונים נוספים		
יתרה קודמת	2.86	שכר חייב מס	21	י"ע בחברה	15	ימי עבודה
צבירה ח.ז.	1.50	שווי למס	176.4	ש"ע בחברה	126.4	שעות עבודה
ניצול ח.ז.	4.00	שכ.ב.לאומי	33921.35	שכר חייב מס	0.00	שעות העדרות
יתרה חדשה	0.36	מס הכנסה	33921.35	שכר ב.לאומי	8.40	שעות ליום
		בט. לאומי	32000.00	שכר מבוטח	2.75	נק. רגילות
חשבון מחלה		מס בריאות	15712.00	בסיס קרה"ש	35%	אחוז מס שולי
יתרה קודמת	4.86	כלל פנסיה	4745.60	גמל מעסיק	9.146	קוד מהדורה
צבירה ח.ז.	1.50	ביטוח מנהלים	1178.40	קרה"ש מעסיק	2/כן	חישוב מצטבר
ניצול ח.ז.	1.50	אקסלנס קה"ש	2665.60	לפיצ. לא חויב מס	ישירות	אופן תשלום
יתרה חדשה	4.86	כלל משלימה	2273.57	ב.לאומי מעסיק		
			5880.02	שכר מינ.חודש		
			32.30	שכר מינ.שעה		

תיק ניכויים: 943286716
מספר תאגיד: 514663723
תיק ב"ל: 94328671600

פרטים אישיים

מספר זהות: 208463463	מספר העובד: 0199
ס.משרה: 1-יחידה	משרה בי"ל: עיקרית
בסיס השכר: חודשי	תושב: כן
מחלקה: 001 R&D	חלקיות המשרה: 1.0000
מצב משפחתי: נ+0	ותק: 00.02.06
	תחילת עבודה: 25/02/2024
דרוג: 000	דרגה: 000
בנק: 10/857	ותק מ:-
	חשבון: 004138416

לכבוד

כהן שרון
סלמה 61
תל אביב 0

הניכוי			נכויי חובה		התשלום		שווי למס		גילום		תעריף		כמות		תאור התשלום		
8553.73	מס הכנסה		25600.00													משכורת	001
2106.00	ב.לאומי		6400.00													שעות ניס	012
1717.00	מס בריאות		225.00													נסיעות	004
3380.40	כלל פנסיה	009										140.65				עלות שעה	009
-2380.80	ביטוח מנהלים	020				1668.90										שווי ארוחות	024
-471.36	קה"ש	021				552.00		552.00								שווי מתנות	022
864.16	אקסלנס קה"ש	044	2251.00													בונוס	018
920.40	כלל משלימה	050	489.53													פיצוי נוסף	027
14689.53	ניכויי חובה		34965.53			2220.90										סה"כ תשלומים	

כל הזכויות שמורות למיפול מ"ק בע"מ. ליקוח: 2270783

שכר נטו		20276.00	
נכויי רשות		הניכוי	
נכויי רשות			

חשבון חופשה		נתונים מצטברים		נתונים נוספים	
1.86	יתרה קודמת	79016.43	שכר חייב מס	22	י"ע בחברה
1.50	צבירה ח.ז.	3920.90	שווי למס	184.8	ש"ע בחברה
.00	ניצול ח.ז.	79016.43	שכ.ב.לאומי	37186.43	שכר חייב מס
3.36	יתרה חדשה	17840.57	מס הכנסה	37186.43	שכר ב.לאומי
		4042.00	בט. לאומי	32000.00	שכר מבוטח
חשבון מתלה		3522.00	מס בריאות	15712.00	בסיס קרה"ש
1.86	יתרה קודמת	3380.40	כלל פנסיה	4745.60	גמל מעסיק
1.50	צבירה ח.ז.	0.00	ביטוח מנהלים	1178.40	קרה"ש מעסיק
.00	ניצול ח.ז.	864.16	אקסלנס קה"ש	2665.60	לפיצ. לא חויב מס
3.36	יתרה חדשה	920.40	כלל משלימה	2521.55	ב.לאומי מעסיק
				5880.02	שכר מיג.חודש
				32.30	שכר מיג.שעה

20276.00	לתשלום	
----------	--------	--

חברה : 247 - אפדום בע"מ	תיק ניכויים: 943286716	תלוש שכר לחודש 06/2024
כתובת: האבעה 21	מספר תאגיד: 514663723	הודפס בתאריך 01/07/2024
ישוב : תל אביב 0	תיק בי"ל: 94328671600	דף 1 מתוך 1

פרטים אישיים		לכבוד
מספר זהות: 208463463	מספר העובד: 0199	
ס.משרה: 1-יחידה	משרה בי"ל: עיקרית	כהן שרון סלמה 61 תל אביב 0
בסיס השכר: חודשי	תושב: כן	
מחלקה: 001 R&D	חלקיות המשרה: 1.0000	
מצב משפחתי: נ+0	וותק: 00.04.06	
דרוג: 000		
בנק: 10/857		
דרגה: 000		
חשבון: 004138416		
וותק מ-:		

תאור התשלום		כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
001	משכורת					25600.00	מס הכנסה	7411.20
012	שעות ניס					6400.00	ב.לאומי	1878.00
004	נסיעות					225.00	מס בריאות	1553.00
009	עלות שעה		140.65				009 כלל פנסיה	1480.20
024	שוויארוחות				1696.35		044 אקסלנס קה"ש	392.80
							050 כלל משלימה	439.80
סה"כ תשלומים						32225.00	ניכויי חובה	13155.00

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		חשבון חופשה	
ימי עבודה	15	י"ע בחברה	21	יתרה קודמת	2.86
שעות עבודה	126.4	ש"ע בחברה	176.4	צבירה ח.ז.	1.50
שעות העדרות	0.00	שכר חייב מס	33921.35	ניצול ח.ז.	4.00
שעות ליום	8.40	שכר ב.לאומי	33921.35	יתרה חדשה	0.36
נק. רגילות	2.75	שכר מבוטח	32000.00	חשבון מחלה	
אחוז מס שולי	35%	בסיס קרה"ש	15712.00	יתרה קודמת	4.86
קוד מהדורה	9.146ל	גמל מעסיק	4745.60	צבירה ח.ז.	1.50
חישוב מצטבר	2/כן	קרה"ש מעסיק	1178.40	ניצול ח.ז.	1.50
אופן תשלום	ישירות	לפיצ. לא חויב מס	2665.60	יתרה חדשה	4.86
		ב.לאומי מעסיק	2273.57		
		שכר מינ.חודש	5880.02		
		שכר מינ.שעה	32.30		

שכר נטו	19070.00	לתשלום	19070.00
---------	----------	--------	----------

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	כהן	שם פרטי	שרון	תעודת זהות	12086463463	שם האב	
ד'זנגוף	302/7	תל אביב	מס'	מיקוד	טלפון	רחוב	

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 הבריאות 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 הבריאות 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 10/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

אני אל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, שרון כהן, 208463463, מרחוב דיזנגוף 302, תל אביב, ת.ז. מס' _____, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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, סימני 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 10 לחודש 10 שנה 2024

חתימה: X_____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ד. 62254

עורך-דין