



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



29 December 2024
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

באתר

המוסד לביטוח לאומי

מרחוב ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

א.ג.נ. שלום רב,

הנדון : : שלמה אדמונד מימון קשת, ת.ז. 028820884

תאונה מיום 7.8.24

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

28820884

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

מיאון קשת

שם פרטי

שלמה אונג'ר

מספר זהות
ס"ב

028820884

תאריך לידה

19081971

שנה חודש יום

מספר אישי בצה"ל

עיסוק

שכיר ☒

מין

זכר ☒

מתנדב ☐ עצמאי ☐

נקבה ☐

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

קאפח

מס' בית

10

דירה

11

ישוב

ראשון לציון

מיקוד

7573008

דואר אלקטרוני:

edddk22@yotil.com

טלפון נייד

0548874041

טלפון קווי

039624091

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

שם משפחה של איש קשר

שם פרטי של איש קשר

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

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

☐ 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

ישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

07082024

שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה: צירף החלטה מה שרבי, החלטה על הצטרפות, חלטה על הפסולת
ד"ר י. יאן

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
ציריך יאסן צ'יין						03 7484021
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
הכרמל	20			יאסן צ'יין		
המקצוע ערב הפגיעה: צ'יין זלמין						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי	טלפון נייד
☐ משטרה	☐ אחר	
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב
		מיקוד
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 ממכתב הדחייה.		

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט _____		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☒ כן, פרט _____ ☐ לא		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוסס בקופ"ח _____ מכז'י		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ר"ל	ר"ל	ר"ל

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים בכל יציאה החלפה של חומרי תרופות	מסמך מסמך
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, 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 כאבים והחלפה בתרופות היק

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 ממשד הביטוח?
☒ 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 מכוונת ☐ 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 מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ח' צ' אה"א סרייזל	אנא ה' ד' רמת	035311888

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

שלמה אצמונץ מימין קהל

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף/כתובת

שם הבנק

365842

501

ת"ת, ראשון/31

ספ

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני 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 _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

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 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 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 _____ חתימת התובע ☒

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

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 028820884	תאריך הפגיעה 07/08/2024 שנה חודש יום
שם משפחה מיאן קיש	שם פרטי שלמה אפרת	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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 _____ חתימת המבוטח x _____



0300407921



150573

קוד הפניה: 391204629



טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

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

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

קוד	הבדיקה הדרושה
3100	פרק כף יד ימין (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר רדיוס?

דחיפות הפענוח: דחוף

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

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)

• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

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

08/08/2024

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.

דחוף



0300407921



150573



קוד הפניה: 391204629

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

הבדיקה הדרושה

קוד

3100

פרק כף יד ימין (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר רדיוס?

דחיפות הפענוח: דחוף

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

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)

• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

כן

מעש/ת:

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

08/08/2024

תאריך

חתימה וחומת

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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

דחוף

תאריך: 08/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף

כירורגיה אורתופדית



150573



08/08/2024

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

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

אישור מחלה

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

סה"כ 32 ימים.

08/09/2024

עד יום:

08/08/2024

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום:

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

08/08/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



038109



ד"ר ברנשטיין אילנית

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

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

תאונת עבודה

מסמך רפואי

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

25/08/2024 תאריך:

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

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

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

הממצא הקליני:

שבר תלישה עצם מסרק כף יד ימין

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

מכבי

בתאריך: 08/08/2024

אבחנה:

• FRACTURE METACARPAL BASE CLOSED Right

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

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

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

25/08/2024

תאריך הבדיקה

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

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



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

תאריך
15.08.24

שעה
23:30

זמן ביקור צפוי במכון עד כשלוש שעות
פרטי זימון התור ישלחו אליך לכתובת המייל על פי הפרטים המעודכנים במערכות אסותא

הנחיות רפואיות

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

הנחיות לבדיקה

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

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל. עבודה/בייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

0028820884

הפניה למכון דימות - C.T - מרכז טיפול יום

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

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

ממצאים:

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

הערכה:

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

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED

בעיות ידועות:

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

רגישויות:

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

תרופות קבועות:

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

מעשנ/ת: כן

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

שאלה לרדיולוג:

פרק כף יד ימין- שבר טריקוואטרון?

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

שם הרופא: ד"ר מוריה אסף

תאריך: 08/08/2024

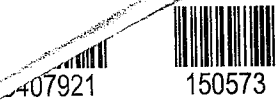
מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף
כירורגיה אורתופדית

08/08/2024

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי



קוד הפניה: 391210349

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ד.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל. עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T - מרכז טיפול יום

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

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 18/08/2024

מ.ר גורם מפנה



0338003122



135691

קוד הפניה: 392573710



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
25/08/2024

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

מכון רנטגן

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

שאלה למבצע הבדיקה: צילום ביקורת ללא גבס

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

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

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

ממצאים:

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

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

אבחנה:

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (25/09/2008)

• SLEEVE GASTRECTOMY (07/2017) 12.2015

ק

מעש/ת:

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

18/08/2024

תאריך

חתימה וחותמת

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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

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

גיל: 52.11

מספר ביקור: 612450

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

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

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

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

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

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

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

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

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

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



135691



קוד הפניה: 392573452

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

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

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000285612450

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

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

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

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

18/08/2024

חתימה 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 ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555*.

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

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

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

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

63 954 111



טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון tmr@mac.org.il (קומה חמישית)

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר גיידוק אלכסנדר

בדיקה שנעשתה ב: 26/11/2024

עקב: בן 53, כ-3, מעשן, דומיננטי ימני

רקע רפואי-

ניתוח שריוול ב-2015.

רקע תעסוקתי-

מזה 15 שנים עובד כקב"ט במתקן עירייה ברחוב הרצל.

תיאור עבודה- 7 קב"טים סה"כ. אחראי על מאבטחים ומוסדות חינוך. הדרכות, מצגות, ניהול. נשיאת נשק. לא שומר בעצמו. בנוסף

הקלדה לסירוגין

שעות עבודה- 9 שעות ביום 5 ימים בשבוע + ימי שישי לעיתים

תלונה נוכחית-

בתאריך 8/8/2024 תאונת עבודה נפל על יד ימין עם חבלה לכף היד.

מוכר כתאונת עבודה

הודגם שבר בעצם הטריקוורום.

מיועד להזרקות בשורש כף היד וב CMC1

סיבת הגעתו למרפאתנו-

לדבריו לא יכול להקליד, סובל מכאבי "תופת" בכף יד ימין.

מבקש אי כושר לעוד תקופה. מעוניין לשוב לעבודתו בקרוב.

ממצאים: כף יד ימין בכפפת-סד אלסטית (לדבריו מחזיקה לו את היד), כף יד ימין ללא נפיחות ללא שינוי צבע, ללא שינויים טרופים.

חולשת כף יד ימין ואצבעות ממקור הקרנת כאב לשורש כף היד קושי רב להבין באם יש פגיעה בעצב מסויים בשל כך.

רגישות למגע באזורים מסוימים.

ספק להיפואסטזיה בפיזור אולנרי.

דיון ואבחנה מبدלת:

3. 5 חודשים לאחר תאונת עבודה עם שבר בעצם מטאקרפאלית בכף יד ימין הדומיננטית ומלין על כאבים בכף היד כולל בשורש

כף היד. טרם שב לעבודתו.

עבודתו כקב"ט פחות פיזית אולם עליו להיות חמוש. בנוסף לדבריו צריך להקליד ומתקשה עם שימוש בכף היד.

בשלב זה אמליץ על אי כושר למשך חודש וביקורת בתום תקופה.

יצטייד במכתב מעסיק.

אבחנה:

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- FRACTURE TRIQUETRAL (CUNEIFORM) CLOSED Right
- HAND PAIN
- WRIST PAIN

סיכום והמלצות: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- תאונת עבודה בתאריך 8/8/2024

- עדיין אינו כשיר לשוב לעבודתו כקב"ט מוסדות חינוך למשך חודש נוסף (עד תאריך 31/12/2024)

- ביקורת במרפאתנו בתום התקופה

- יש להצטייד במכתב מעסיק אשר מפרט את העבודה כולל כלל האספקטים הפיזיים, ובאם יכול להמשיך לעבוד לתקופה

גם בלא שימוש בנשק בעצמו.



טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון tmr@mac.org.il (קומה חמישית)

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדמ

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

0028820884

תשובת יועץ

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

26/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 26/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר דודזון אייל
רופא/ה תעסוקתית/ת



התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון tmr@mac.org.il (קומה חמישית)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

תמצית הביקור מתאריך 26/11/2024 בשעה 14:22

תאריך הביקור: 26/11/2024

המלצות למטופל: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- תאונת עבודה בתאריך 8/8/2024

- עדיין אינו כשיר לשוב לעבודתו כקב"ט מוסדנות חינוך למשך חודש נוסף (עד תאריך 31/12/2024)

- ביקורת במרפאתנו בתום התקופה

- יש להצטייד במכתב מעסיק אשר מפרט את העבודה כולל כלל האספקטים הפיזיים, ובאם יכול להמשיך לעבוד לתקופה גם בלא שימוש בנשק בעצמו.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	מכתב		
אישור	תשובת יועץ		

002956066291

תאריך: 26/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר דודזון אייל

רופא/ה תעסוקתית



טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון tmr@mac.org.il (קומה חמישית)

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

0028820884

מכתב

תאריך: 26/11/2024

לכבוד: עיריית ראשל"צ revitalsh@rishonlezion.muni.il

דוא"ל: revitalsh@rishonlezion.muni.il

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- תאונת עבודה בתאריך 8/8/2024

- עדיין אינו כשיר לשוב לעבודתו כקב"ט מוסדנות חינוך למשך חודש נוסף (עד תאריך 31/12/2024)

- ביקורת במרפאתנו בתום התקופה

- יש להצטייד במכתב מעסיק אשר מפרט את העבודה כולל כלל האספקטים הפיזים, ובאם יכול

להמשיך לעבוד לתקופה גם בלא שימוש בנשק בעצמו.

בברכה ,

ד"ר דודזון אייל

חתימה

תאריך: 17/11/2024

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.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 17/11/2024 בשעה 16:28

תאריך הביקור: 17/11/2024

המלצות למטופל: משככי כאבים

פיזיותרפיה יש להתחיל דחוף

ביקורת לפי הצורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 10 ימים	* SPR. KETOSPRAY 25G < 1 OP > [40168]
DIPROSPAN 1ML 1CC	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים	* AMP. DIPROSPAN 1ML 1CC < 1 OP > [702]
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP+10 > [6007]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
הפניה	התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית		
אישור	תאונת עבודה (תעודה נוספת)	18/11/2024	27/11/2024

002945811332



135691



קוד הפניה: 405733809

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14

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

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

בביקור בתאריך 03/09/2024 בשעה 12:29:58

בביקור בתאריך 01/10/2024 בשעה 11:39:51

ממשיך לסבול מכאבים בשורש כף היד

לא שפור

אינו התחיל פיזיותרפיה עד עכשיו

פענוח סיטי

הודגם שבר בעצם הטריקוטרם.

מודגמים שינויים ארטרוטיים בעצמות קרפליות, מפרק C1 ומפרקי האצבעות.

המרווחים בין עצם הסירה לעצם הלונטום ובין עצם הלונטום לעצם הטריקוטרם הודגמו שמורים.

המפרק הרדיו-אולנרי הדיסטלי הודגם שמור, ללא סימני פריקה או תת פריקה.

הרקמות הרכות - ללא ממצא בולט.

קלינית מוגבל בטווחי תנועה FLEX/EXT כ-30/40 מעלות

רגישותדיפוזית על פני קו המפרק' רדיאוסקרפלי

בביקור בתאריך 17/11/2024 בשעה 16:28:07

ממצאים: בביקור בתאריך 08/08/2024 בשעה 08:23:14

עור שלם. רגישות ממוקמת על רדיוס דיסטלי. ללא רגישות נוספת לאורך הגפה. ללא סימני סקפואיד. ללא חסר מוטורי או תחושתי

באצבעות דפקים דיסטלים נמושו היטב.

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

סיטי שורש כף היד - הודב 4 שבר תלחישה בטריקואטרם

נא לחסור לבדיקה עם פענוח!

בביקור בתאריך 03/09/2024 בשעה 12:29:58

בביקור בתאריך 01/10/2024 בשעה 11:39:51

בביקור בתאריך 17/11/2024 בשעה 16:28:07

ללא שיפור בכאבים עד עכשיו אינו טופל בפיזיותרפיה

רגישו על פי שורש כ הדי ימין + CMC 1

תנועה בשורש כף הדי מוגבלת בפלקיה ואקסטנזיה

הומלץ לע פיזיותרפיה

לשקול על זריקת דיפקרוספן ל1 CMC

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

רגישויות: 15/07/2015 - לא ידוע -

תאריך: 17/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



135691



קוד הפניה: 405733809

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28820884

שם פרטי: שלמה אדם

שם משפחה: מימון קשת

טל.עבודה/נייד: 0548874041

039629091

טלפון:

מין: ז

19/08/1971

ת.לידה:



0028820884

מיקוד 7573008

קאפח 11/10, ראשון לציון

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

07/11/2016 - לא ידוע על רגישות -

18/07/2019 - no

• NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

תרופות קבועות:

מעשנת/ כן

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לשיפור טווחי תנועה ביד ימין

שיפור תנועה לאחר שברים

יש להתחיל באופן דחוף!

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/11/2024 עד תאריך - 16/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/11/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשיך 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.