



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

ינואר 2025 06
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

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 ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

28820884

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 5

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

פרטי התובע

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
מיאן קשת		שאה ארנה		028820884	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
זכר ☒				19081971	
נקה ☐				שנה חודש יום	
עיסוק					
שכיר ☒					
מתנדב ☐					
עצמאי ☐					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		דירה	
קאפה		10		11	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
0396240911		0548874041		eddakaa@gmail.com	
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	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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		דירה	
יישוב		מיקוד			

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה		תאריך לידה	
07082024		07082024	
פרטים על הפגיעה		דרכון יימין	
צירף החלטה מה שירות החלפה, הוצאה, חלטה, איש הנפילה			

3

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

שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
טלפון					
1 03 9484021					
מיקוד		יישוב		דירה	
		יבנה			
		כניסה		מס' בית	
				20	
				רחוב/תא דואר	
				הכרמל	
המקצוע ערב הפגיעה:					
בנין זמני					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי
☐ משטרה	☐ אחר
רחוב/תא דואר	מס' בית
יישוב	מיקוד
טלפון קווי	
טלפון נייד	
מס' פקס	
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 מבוטח בקופ"ח	
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:	
שם הרופא	תחום מומחיות
ר"ע	ר"ב
כתובת המרפאה	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
מסמך	כאבים בכל ימי היום
מסמך	מגבלה על מרחי ימי, קושי באחיזה
מסמך	קושי בהרמה, קושי בנשיאה, קושי במפגש מיני
מסמך	הפרעה תחולה, נפילת ושיטת חפצים

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה כאבים והחלפה בתרופה חזרה

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

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי 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".

טלפון 035311888

כתובת אגף ה' ד רמת

שם גורם מסייע צ'רלס אהאל פרייזל

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק		שם הסניף/כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון
סו		תרי"ג, ראשון/ציון		501	365842

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 להחתימם 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 31.12.26 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 בידעין 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 בוודאו צ'אט

תאריך 31.12.26 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	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
11	028829884	07082024
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
מיאן קיש	עלה ארנון	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2	הצהרה
אני הח"מ, שפרטתי 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 אודותי.	
תאריך	חתימת המבוטח
31.12.24	



0300407921



150573

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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
תלפון: 039629091	טל.עבודה/נייד: 0548874041
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	מיקוד: 7573008
0028820884	

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

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

שאלה למבצע הבדיקה: שבר רדיוס?

דחיפות הפענוח: דחוף

תלונות: 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

מעשנת: כן

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

08/08/2024

חתימה וחותמת

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

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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
תלפון: 039629091	טל.עבודה/נייד: 0548874041
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	מיקוד: 7573008
0028820884	

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

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

שאלה למבצע הבדיקה: שבר רדיוס?

דחיפות הפענוח: דחוף

תלונות: 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

מעשנת: כן

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

08/08/2024

חתימה וחותמת

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

תאריך: 08/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף

כירורגיה אורתופדית



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.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 08/08/2024 עד יום: 08/09/2024 סה"כ 32 ימים.

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

08/08/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



038109

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

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

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

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

אבחנה:

בתאריך: 08/08/2024

• 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

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

תאריך הבדיקה

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 ראשלי"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.
- רויחה לחרור הרפואי ליושאי נשק תותר רונד האנח רישיון. אין אפשרות להפקיד נשק רחוקה

מכבי שירותי ב

מרכז ייעוץ וטיפול יו

8/2024

טלפון: 1111

פקס: 2669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

ד"ר מוריה אסף

כירורגיה אורתופדית

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

הפניה למכון דימות - C.T - מרכז טיפול יום

שם המכון:

אסותא-נלוחת 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 בירור 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 מכ"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT שורש כף יד

שאלה לרדיולוג:

פרק כף יד ימין- שבר טריקוואטרון?

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

תאריך: 08/08/2024

שם הרופא: ד"ר מוריה אסף

מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

ד"ר מוריה אסף
כירורגיה אורתופדית

08/08/2024

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

407921
150573
קוד הפניה: 391210349

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

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

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	מ.י.ז: 0548874041
תל.עבודה/נייד: 039629091	טלפון: 7573008
מיקוד: 7573008	
כתובת: קאפח 11/10, ראשון לציון	
0028820884	

מכון רנטגן

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

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 לפני.

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 תלחשה בטריקואטרם 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

מעשנת:

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.

גיל: 52.11

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 612450

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:22:24 18/08/2024 משכני 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 בטריקואטרם
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 הטריקוואטרם. 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 לאביר / ציוד רפואי-אורתופדיה
14/02/2025 - בתוקף עד	מכון רנטגן: פרק כף יד ימין ושמאל (AP+LAT)

המלצות למטופל: משכני כאבים
ביקורת עוד כשבועיים ב-03.09.2024 עם חגרות MANULOCK
צילום ביקורת ללא גבס

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



קוד הפניה: 392573452

טלפון: 03-9541111

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

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:



0028820884

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000285612450

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

אבחנה:

• FRACTURE OF CARPAL BONE(S)

תחום: אורתופדיה

סוג מוצר: מדף

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

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

18/08/2024

תאריך

חתימה וחותמת

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

63 954 1111



התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

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

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				

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר גידידוק אלכסנדר

בבדיקה 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 הטריקוטרם.

מיועד להזרקות בשורש כף היד וב1CMC

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 להיפואסטיזה בפיזור אולנרי.

דיון ואבחנה מבדלת:

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 tnr@mac.org.il (קומה חמישית)

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

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:		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		

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 הפיזים, 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/ת



התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

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

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

מכתב

תאריך: 26/11/2024

לכבוד: עיריית ראש"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 הפיזיים, ובאם יכול להמשיך לעבוד לתקופה גם בלא שימוש בנשק בעצמו.

בברכה ,

ד"ר דודזון אייל

חתימה



פרטי הנבדק:

שם משפחה: מימון קשת

שם פרטי: שלמה אדמ

ת.ז.: 28820884



ת.לידה:

19/08/1971

מ.י.נ:

טלפון:

039629091

טל.עבודה/נייד: 0548874041

כתובת:

קאפח 11/10, ראשון לציון

מיקוד 7573008

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



135691



קוד הפניה: 405733809

טלפון: 03-9541111

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

התמחויות:

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

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 לשיפור

אינו התחיל פיזיותרפיה עד עכשיו

פענוח סיטי

הודגם שבר בעצם הטריקוטריום.

מודגמים שינויים ארטרוטיים בעצמות קרפליות, מפרק C1 ומפרקי האצבעות.

המרווחים בין עצם הסירה לעצם הלונטום ובין עצם הלונטום לעצם הטריקוטריום 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

רגישות תדפוזית 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 תחושת

באצבעות דפקים דיסטלים נמושו היטב.

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

סיטי שורש כף היד - הודב 4 שבר תלחישה בטריקוטריום

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 ל CMC 1

• 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

מ.ר גורם מפנה



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:		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		

מכון פיזיותרפיה

07/11/2016 - לא ידוע על רגישות -

no - 18/07/2019

• NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

תרופות קבועות:

מעשנות : 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.

תאריך: 01/01/2025

מ.ר. גורם מסכה



109284



מכבי שירותי בריאות
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: רזטשילד 15 ראשון לציון, il.mmc@mmf (קומה חמישית)

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

מכתב

תאריך: 01/01/2025

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

- כשיר לשוב לעבודתו כקב"ט מוסדנות חינוך במסגרת המגבלות הבאות:

* ללא הקלדה אינטנסיבית (ניתן רק הזנות נתונים מזדמנות)

* הרמת משאות עד 5 ק"ג

* עבודה ניהולית בעיקרה כולל אפשרות לניהול מצב ביטחוני אולם ללא אלמנט של ניהול המצב

פרונטלית פיזית בעצמו (ללא שימוש בכוח מתפרץ בעצמו)

- בשלב זה ההמלצה בתוקף למשך 4 חודשים (עד תאריך 30/4/2025)

- ביקורת במרפאתנו בתום התקופה

בברכה,

ד"ר דודזון אייל

מכבי שירותי בריאות
ד"ר דודזון אייל
מ.ר. גורם מסכה
44037-1-109284
מומחה ברפואה תעסוקתית

חתימה

תאריך: 01/01/2025

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אמטר
דינטי'ית
מכבי

מכבי שירותי בריאות
מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר דודזון אייל
רופאה תעסוקתית

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

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

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		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר ברנשטיין אילנית

בבדיקה שנעשתה ב: 01/01/2025

עקב: בביקור בתאריך 26/11/2024 בשעה 14:22:10
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 הטריקוטרם.
מיועד להזקקות 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.

בביקור בתאריך 01/01/2025 בשעה 14:16:08
כושר חוזר- בדיון

ממצאים: בביקור בתאריך 26/11/2024 בשעה 14:22:10
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.

בביקור בתאריך 01/01/2025 בשעה 14:16:08
בדיקה דומה לבדיקתי מלפני חודש

דיון ואבחנה מبدלת:

בביקור בתאריך 26/11/2024 בשעה 14:22:10
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.

בביקור בתאריך 01/01/2025 בשעה 14:16:08
כושר חוזר-

לדבריו יש שיפור במצב אולם עדיין רגישות בכף היד. עדיין עם כפפה אלסטית.
הביא מכתב מעסיק - על פי מה שכתוב נראה כי מדובר בעבודת שטח ניהולית משולבת עם עבודה משרדית

תאריך: 02/01/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ליבר שיר (ממלא מקום של ד"ר סער בירגר)

רופא/ת משפחה

מ.ר גורם מפנה



179921

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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
כתובת:	קאפח 11/10, ראשון לציון	טל.עבודה/נייד:	0548874041	מיקוד:	7573008



0028820884

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 27/11/2024 עד יום: 31/12/2024 סה"כ: 35 ימים.

ד"ר שיר ליבר
מ.ר, 179921

02/01/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>שלמה אדמונד</u>	<u>28820884</u>
<u>קשת מימון</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>שלמה אדמונד</u>	<u>28820884</u>
<u>קאפח</u>	<u>10/11</u>	<u>ראשון לציון</u>	<u>תעודת זהות</u>
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>
		<u>טלפון</u>	<u>שם האב</u>

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 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: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 31.12.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, שלמה אדמונד קשת
ת.ז. מס' 028820884, מרחוב קאפח 10/11 ראשון לציון,
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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, לפטרם 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 31 לחודש 12 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרידמן, עו"ד
עמית-דין