



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2025 23
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

נפגעי איבה

שלום רב,

הנדון: אליאב יפרח, ת.ז. 315994947

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה.
 2. כן, מצ"ב תעודות רפואיות.
 3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- *רצ"ב יפוי כח וסר חתומים ע"י מרשי.**

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	יפ"ח	שם פרטי	אליאב	תעודת זהות	315994947	שם האב	
המשחררים	רחוב	מס'	5	נתיבות	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
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: 22/1/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

אריאל פרידברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אליאב יפרח, _____
ת.ז. מס' 315994947, מרחוב _____ המשחררים 5, נתיבות _____,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין פגיעת איבה מיום 7/10/23 מכלי
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 22 לחודש 1 שנה 2025

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרידמן, עו"ד
62254
עורך-דין

(04.2024) 581 /73

3

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל נזק סרעל נזק רוח ירוק, זכאן, חרצ נזק רוח ירוק, חרצ נזק רוח ירוק, חרצ נזק רוח ירוק, חרצ נזק רוח ירוק, חרצ	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שצינת 237
--	---

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שצינת בטבלה למעלה?

☒ לא ☐ כן, פרט

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____

הוועדה הרפואית תדון רק בפגיעות שהוכרו.

האם תסכים שרופא הוועדה יקבע לך דרגת נכות רפואית על פי מסמכים בלבד מבלי לזמן אותך לדיון?

☐ כן ☐ לא

אנא חתום להבעת הסכמתך: חתימה * _____

(ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי, יתכן ויהיה עלי להגיע לבדיקה אם רופא הוועדה ידרוש זאת)

4

שליטה בשפה העברית

5

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

ממשרד האוצר ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?

☐ לא ☐ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____

6

פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון		שם הבנק	
אניאק אלמלן 'צרת		מל"א	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	שם
4005178	790	נתניה	שם

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב

להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

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

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 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.

תאריך: 23.1.25 שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה * _____

קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), רשאי הנכה להורות כי התשלומים המגיעים לאחר פטירתו ישולמו ל"בן משפחה" שהורה עליו הנכה.
אם לא הורה הנכה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, לבן משפחה על פי הגדרתו בחוק הנכים (תגמולים ושיקום).

אני החתום מטה, מבקש כי תשלומים המגיעים לי לאחר פטירתי ישולמו ל:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת. זהות	כתובת	קרבה משפחתית

חתימת הנכה _____

הצהרה

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

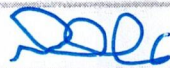
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

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.

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

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט



x חתימת התובע / מקבל הגמלה

23.1.25

תאריך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך איחוד
13	315994947	02/02/2024	07/10/2023
שם משפחה	שם פרטי	שנה	חודש
יס רח	אלי אר	יום	יום
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 אודותי.

תאריך 23.1.25 חתימת המבוטח 2026 x

רפואה איכותית לכל המשפחה



לכל מען דבעי

הנדון : אליאב יפרח ת.ז 315994947

א/ג נכבד/ה

אישור טיפול רפואי

אני, דר מוריס ביטון רופא משפחה מאשר בזאת שהמטופל הנ"ל נמצא בטיפול רפואי בתא חמצן בלחץ, הטיפול עוזר לו לשיפור והקלה על רמת החרדה והדיכאון עליו דיווח מאז ה 7 באוקטובר.

אני ממליץ על המשך טיפול בתא חמצן בלחץ על מנת לשמור על שיפור והתקדמות במצבו הרפואי.

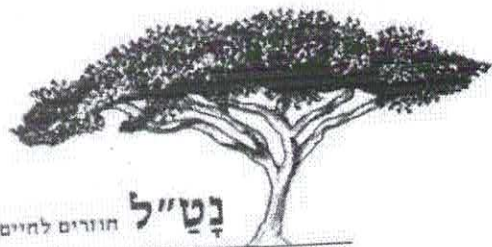
בברכה,
דר מוריס ביטון
רופא משפחה
רישיון מומחה 16210

אסיא שירותי בריאות
קהילתיים בע"מ
ח.פ. 511569972

הנמלה: טל' 08-9233533, פקס: 08-9233499

סניף באר-שבע ואסיא נחל אשון: רח' זונה רחוב 22, טל' 08-6106575, פקס: 08-6106570
סניף אשקדון: רח' אייל 5, שכ' נוה בדרים, טל' 08-6755674, פקס: 08-6755678
סניף דימתה (אנטיא מדיקל רח' בר-שא 1/9, שכ' תשליז, טל' 08-6573020/1, פקס: 08-6573373
סניף אופקים (מוקד רפואי): רח' הרצל 38, טל' 08-9922401/2, פקס: 08-9922494

סניף באר-שבע ואסיא נחל אשון: רח' זונה רחוב 22, טל' 08-6106575, פקס: 08-6106570
סניף אשקדון: רח' אייל 5, שכ' נוה בדרים, טל' 08-6755674, פקס: 08-6755678
סניף דימתה (אנטיא מדיקל רח' בר-שא 1/9, שכ' תשליז, טל' 08-6573020/1, פקס: 08-6573373
סניף אופקים (מוקד רפואי): רח' הרצל 38, טל' 08-9922401/2, פקס: 08-9922494



תאריך: 02.06.2024

לכל מאן דבעי,

הנדון: אישור על קשר קו

מכתב זה נכתב לבקשתו של **מר אליאב יפרח ת.ז 315994947**.

הריני לאשר כי הנ"ל פנה לקו הסיוע לראשונה ב-13.11.2023. כעת, מאז ה-09.05.2024 נמצא בתחילתו של קשר קו, אחת לשבוע עם מתנדבת בשיחות טלפון.

ברצוני לציין כי מתנדבי קו הסיוע אינם אנשי מקצוע בתחום הטיפול הנפשי אך עוברים הכשרה מקיפה ומעמיקה בתחום הטראומה והסיוע הטלפוני. הכשרה זו, המלווה בהדרכה מקצועית צמודה, מאפשרת התערבות משמעותית בעלת אופי טיפולי.

אנו מאפשרים לכל אדם החש כי נפגע נפשית על רקע לאומי לפנות ולקבל תמיכה דרך קו הסיוע, ללא חובת הוכחה לפגיעתו.

בברכה,

נעם גלעד

עו"ס קו הסיוע

1-800-363-363

073-2363341

בניין טופ דן, פתח תקוה 22, תל אביב



נט"ל – נפגעי טראומה על רקע לאומי (ע"ר)
ת"ד 20055 תל אביב 61200. טלפון: 0732-363-363 פקס: 03-6950579
e-mail: info@natal.org.il website: www.natal.org.il

תאריך: 30/07/2024

מ.ר גורם מפנה



018315

קוד הפניה: 389918350

מכבי שירותי בריאות



טלפון: 08-6261451

פקס: 08-9930571

כתובת: האר"י 86, נתיבות

ד"ר ביטון מוריס

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: יפרח

ת.ז.: 315994947

שם פרטי: אליאב

ת.לידה: 29/05/1996

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0535311161

טלפון: 0535311161

כתובת: המשחרים 5, נתיבות



0315994947

מיקוד 8782705

התייעצות מומחה

תחום שירות:

פסיכיאטריה

- במכבי

מרפאה: שלום רב

תלונות:

עדיין בחרדה קשה מה 7.10.2023 מוכר עלדי משרד הבריאות ומשרד הבטחון למעשה לא חזר לתפקד כמקודם כולל חוסר יכולת לחזור לעבודה קיבל 20 טיפולים בתא חמצן וחש שיפור כללי גם גופני וגם נפשי

ממצאים: אין צורך בבדיקה בביקור זה

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 30/07/2024 בשעה 18:31:22

אבחנה:

- ANXIETY AND DEPRESSIVE REACTION
- OXYGEN THERAPY

מעשנת: לא ידוע

בעיות ידועות:

- VITAMIN B12 DEFICIENCY (11/2014)
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (04/02/2015)
- OXYGEN THERAPY (07/2024)

תרופות קבועות:

- ATTENT 20MG X 30 1X1X30
- ATTENT 30MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: חוות דעת

“נא להצטייד בכרטיס מגנטי”

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/07/2024 עד תאריך - 26/01/2025

30/07/2024

תאריך

חתימה וחתימת

OFEK MEDICAL

תאריך: 05/11/2024

ד"ר רטנר יעל
מומחית לפסיכיאטריה
מ.ר.מ. 17201

הברזל 24, קומה 2, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

טלפון: 053-5311161

מ.ת.ד: 31599494/7

שם: יפרח- אליאב

לכבוד הרופא המטפל:

גיל: בן 28, מתגורר בנתיבות עם הוריו ואחותו הקטנה.
ב-07.10.2023 חווה טראומה עם תחילת המלחמה, מאז סובל מדיכאון וחרדות. טופל בחמצן ביעילות בינונית.

בבוקר אותה שבת של 07.10.23 חזר מתל אביב לנתיבות, בדרך ראה מראות קשים, הרבה עשן, שריפות, קולות נפץ בלי הפסקה. בנס הגיעו לביתו. ניידת משטרה עקבה אחריהם, פרקה עליהם נשק. עצרו אותם בכביש. זה עורר בהם פחד. ראו שהם לא מחבלים ושיחררו אותם.

אליאב איבד חבר שנרצח במסיבה של הנובה- זה הוביל אותו לעצבות ודיכאון, לפעמים מתחיל לבכות. ירד במשקל משמעותית. היה שוקל 70, ירד ב-7 ק"ג עד 63 ק"ג. אינו מסוגל לעבוד. חווה קשיי שינה, קושי להירדם. מתעורר מסיוטים לא ניסה לפגוע בעצמו או בזולת. היה פעם אחת בטיפול פסיכולוגי.

בסטטוס: שקט, משתף פעולה, מצב רוחו 6 מתוך 10, ירוד. אפקט חרדתי, ירוד. חשיבה מעט מהירה ודביקה. אינו מגלה מחשבות שווא. שולל הזיות מכל סוג שהוא. קיימים פלשבקים של תמונות קשות מתחילת המלחמה. התמצאות תקינה. ריכוז ירוד. יכולת הפשטה תקינה. שיפוט תקין.

אבחנה: F 43.1 PTSD

לארועי 07.10.2023

דיון: צעיר שנחשף לאירועי 07.10.2023 בדרך דרומה אל ביתו. ראה תמונות קשות, שמע יריות רבות. מאז מתלונן על מצב רוח ירוד, חרדות, חוסר יכולת לעבוד.

בבדיקה: סימני דיכאון וחרדה במסגרת פוסט טראומה עם פגיעה בכושר העבודה. הוסברו לו אופציות טיפוליות ותופעות לוואי אפשריות. הסכים להתחיל טיפול תרופתי.

המלצות:

המשך מעקב פסיכיאטרי בעוד חודש.

המשך מעקב רופא משפחה.

להתחיל TAB CIPRALEX 5 מג בבוקר, אחרי שבוע להעלות מינון עד 10 מג כל בוקר.

TAB BONDORMIN 0.25 מג לשינה.

ממליצה לקבוע אחוזי נכות בביטוח הלאומי.

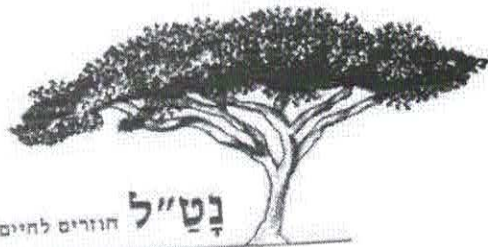
עקב מצבו הרפואי הנ"ל אינה כשיר לעבוד החל מ-09/2024 עד 03/2025

בכל מקרה של החמרה במצב נא לפנות לעזרה רפואית או לחדר מיון.

בברכה: ד"ר רטנר יעל

ד"ר יעל רטנר
פסיכיאטריה מומחית
מנהלת מחלקה
מ.ר.מ. 27192
17201

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593



תאריך: 17/11/24

לכל מאן דבעי,

הנדון: אישור על קשר קו

מכתב זה נכתב לבקשתו של **מר אליאב יפרה, ת.ז. 315994947**

הריני לאשר כי הנ"ל פנה לקו הסיוע בתאריך 13/11/2023 ונמצא בקשר רציף עם מתנדבת הקו בשיחות טלפון שבועיות מתאריך 09/05/2024 ועד לתאריך 05/11/2024. ברצוני לציין כי מתנדבי קו הסיוע אינם אנשי מקצוע בתחום הטיפול הנפשי אך עוברים הכשרה מקיפה ומעמיקה בתחום הטראומה והסיוע הטלפוני. הכשרה זו, המלווה בהדרכה מקצועית צמודה, מאפשרת התערבות משמעותית בעלת אופי טיפולי. אנו מאפשרים לכל אדם החש כי נפגע נפשית על רקע לאומי לפנות ולקבל תמיכה דרך קו הסיוע, ללא חובת הוכחה לפגיעתו.

בברכה,

רחלי כהן

קרימינולוגית M.A

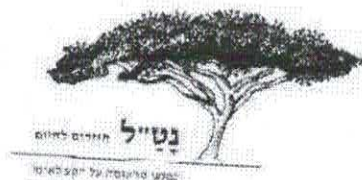
סגנית מנהל קו הסיוע

073-2363341

בניין טופ דן, פנחס רוזן 72, תל אביב



נט"ל – נפגעי טראומה על רקע לאומי (ע"ר)
ת"ד 20055 תל אביב 61200. טלפון: 0732-363-363 פקס: 03-6950579
e-mail: info@natal.org.il website: www.natal.org.il



17/11/24

לכל מאן דבעי

הנדון: אליאב יפרח 315994947

מר אליאב יפרח הופנה לטיפול בנט"ל אצל המטפלת מרגלית קפלינסקי ב5/12/23
לאחר הפגישה הראשונה התרשמה המטפלת כי אליאב זקוק למעטפת רחבה יותר ולכן
הומלץ לו על המשך טיפול בקהילה.

נט"ל - נפגעי טראומה
על רקע לאומי (ע"ר)
580318129

היחידה הקלינית

נט"ל

תאריך: 09/01/2025

ד"ר רטנר יעל
מומחית לפסיכיאטריה
מ.ר.מ. 17201
הברזל 24, קומה 2, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593

טלפון: 053-5311161

מ.ת.ז: 31599494/7

שם: יפרח- אליאב

לכבוד הרופא המטפל:

ביקורת ל-05/11/2024

החל ליטול ציפלרקס, נתן תחושה של מעט רוגע אך לא סייע כפי שצריך. עדיין מרגיש את הטרומה שחוה. עדיין סובל מבעיות שינה, שינה לא רציפה. תיאבון ירוד, השיל 10 ק"ג ממשקל-שוקל 60 ק"ג. אינו מצליח לקיים פעילות גופנית. היה בטיפול "צלחת" ע"י הוספת חמצן למח בתא לחץ. שולל שניסה לפגוע בעצמו או בזולת.

בסטטוס: מעט לא שקט, משתף פעולה, מצב רוחו 6 מתוך 10, אפקט ירוד, אך מדבר בשטף, חשיבה דביקה. אינו מגלה מחשבות שווא. שולל הזיות מכל סוג שהוא. שולל כוונות אובדניות או תוקפניות. התמצאות תקינה בכל המובנים. ריכוז נורא ירוד. יכולת הפשטה תקינה.

אבחנה: F 38.00 MIXED AFFECTIVE EPISODE
JATROGENIC
F 43.1 PTSD

דיון: צעיר שמאובחן עם פוסט טראומה לאחר אירועי תחילת המלחמה, קיבל טיפול בחמצן בתא לחץ לזמן ממושך. פנה לביקורת מאחר ומתקשה לישון בלילות, תפקודו ירוד.

בבדיקה: נמצא במצב אפקטיבי מעורב, יותר סימנים מאניים מאשר דיכאוניים, ללא סימנים פסיכויים. זקוק לשינוי טיפול תרופתי והפסקת טיפול בתא לחץ. הוסברו לו אופציות טיפוליות ותופעות לוואי אפשריות. הסכים לשינוי טיפול תרופתי.

המלצות: המשך מעקב פסיכיאטרי בעוד חודש.

המשך מעקב רופא משפחה.

להתחיל TAB SEROQUEL 25 מג ביום, כעבור 3 ימים להעלות מינון עד 25 מג X 2 ביום.

להמשיך TAB CIPRALEX 10 מג כל בוקר.

TAB BONDORMIN 0.25 מג לשינה.

המשך קיצבת נכות בביטוח הלאומי.

עקב מצבו הרפואי הנ"ל אינה כשיר לעבוד החל מ-09/2024 עד 03/2025

בכל מקרה של החמרה במצב נא לפנות לעזרה רפואית או לחדר מיון.

בברכה: ד"ר רטנר יעל

ד"ר יעל רטנר
פסיכיאטריה מומחית
מנהלת מחלקה
מ.ר.מ. 27192
17201

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב
טלפון: 050-7727593