



תיק: 318047453-60-03

1 מתוך 3

לכבוד

גלוריה רוקח

הרא"ה 143 דירה 9

רמת גן 5237542

563-009-088



תיק: 318047453-60-03

ד' באב, תשפ"א

13 ביולי 2021

מספר תיק: 31804745-3

תאריך פגיעה: 17/02/2021

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 17/02/2021

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 17/02/2021 כתאונת עבודה.

הפגיונות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חתך בקרקפת ושוק/קרסול רגל שמאל

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים לאומית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות • באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (13/07/2021), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה • הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
שיינר ליאת
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל



סניף: רמת גן
חשמונאים 15
רמת גן 5248284

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או 6050
פקס: 03-6720103
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30
ב,ד 15:00-17:00

תיק: 318047453-60-03
מנה: 0809

דף 1 מתוך 1

לכבוד
גלוריה רוקח

מנחם 5

בני ברק 5140305



542-029-078

תיק: 318047453-60-03

ו' באלול, תשפ"א
14 באוגוסט 2021

גברת נכבדה,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 2/17/2021

אשרנו את תביעתך לתשלום דמי פגיעה בעבור 38 ימים לתקופה/ות האלה:

מ - 18/02/2021 עד 27/03/2021

הגמלה חושבה לפי % 75 מהכנסתך ברבע השנה שקדמה לפגיעה בסך 18040 ש"ח עד למכסימום.

ש"ח	5,713.00	סכום הגמלה
ש"ח	84.00	הפרשי הצמדה
ש"ח	-23.00	ניכוי דמי ביטוח
ש"ח	-177.00	ניכוי ביטוח בריאות

ש"ח	5,597.00	יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 18/08/2021 לחשבונך מס 1427939 בבנק לאומי לישראל בעמ - רח גולדה מאיר 1, ראשון לציון.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש, בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.
אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המיון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואינך צריך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחייבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פינה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים.

כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה.

רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:

- טיפול הכלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

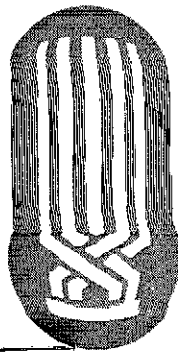
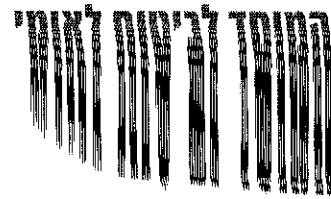
אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:



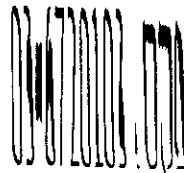
הגדרת פתוח 3

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
- **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
- **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום החזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
 1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה.
 2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים.

אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!



סניף: רמת גן
חשמונאים 15
רמת גן 5248284



שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30
ב,ד 15:00-17:00

תיק: 318047453-60-03

דף 1 מתוך 1

לכבוד

גלוריה רוקח

הרא"ה 143 דירה 9

רמת גן 5237542

563-009-088



תיק: 318047453-60-03

י"ג באייר, תשפ"א
25 באפריל 2021

מספר תיק: 31804745-3

תאריך פגיעה: 17/02/2021

גברת נכבדה,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.

המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.

כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

- עליך להחתים את מעסיקך על העמדות הרלבנטים בטופס התביעה בחתימה וחותמת בית העסק תוך ציון מעסיקך ממתי ועד מתי נעדרת מעבודתך עקב הפגיעה מיום 17.2.2021
- אנא פרטי את מסלול נסיעתך/הליכתך המלא- מהיכן יצאת ומתי ולכן תכננת להגיע? אנא צייני שמות רחובות ופניות וכן מסי קווי תחבורה ציבורית שעלית עליהן.
- האם נחבלת מחפץ הקשור לאוטובוס? אם כן איזה קו? וכן יש להמציא העתק מפוליסת ביטוח החובה של האוטובוס ממנו נחבלת- אם לא נחבלת ישירות מהאוטובוס או חפץ שקשור אליו נא הצהרתך מהו החפץ וכיצד נחבלת ממנו.
- אנא המציאי תעודה רפואית לנפגעת בעבודה הכוללת אבחנה מדויקת בגינה ניתן לך אי הכושר מיום 18.2.2021 ועד יום חזרתך לעבודה מלאה.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
שיינר ליאת
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד פרייברג אריאל

תאריך ושעת ההדפסה: 12:22 17/02/2021

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' שריסט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רוקח	שם פרטי: גלזריה	ת.ז.: 318047453
תאריך לידה: 14/04/1979	גיל: 41	טלפון: 054-4822055
מין: נקבה	גורם מממן: לאומית	כתובת: העוגב 8 ראשון לציון 7558008

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 10:03 17/02/2021 מספר מקרה: 12322764

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

אבחנות במיון

• OTHER SURGERY (V58.89)

רגישות לתרופות

תאריך רישום
17/02/2021

שם התרופה
SULFA

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:55 17/02/2021		134 / 84	77	99
10:07 17/02/2021	37.1			
מוניטור				
תאריך ושעה	לחץ דם			
10:55 17/02/2021	134 / 84			
מדדים סדציה				
דופק				
77				

שם: גלוריה רוקח	ת"ז: 318047453	מקרה:	סודי רפואי
מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה			

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:55 17/02/2021		134 / 84	77	99
10:07 17/02/2021	37.1			

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:55 17/02/2021	134 / 84	77

מדדים מרכזיים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
10:55 17/02/2021		134 / 84	77
10:07 17/02/2021	37.1		

סיכום

12:04, נרשם ע"י דר' פרוז איתי מ.ר. 151704 המחלקה לרפואה דחופה
11:42 17/02/2021 נושא: .

דיווח / דיון : בת 41,
מבחינה אורתופדית חבלה לשוק שמאל
מלינה על כאב בקרסול

בבדיקה
מצב כללי טוב
נושאת משקל, הליכה תקינה.
שוק קרסול שמאל ללא דפורמציה
שפשופים וסימני חבלה בשוק שמאל מדיאלית
ללא סבל עורי.
מבחינת הקרסול ללא רגישות גרמית
ללא נפיחות
רגישות קלה ATFL
ללא המטומה פלנטרית
הנעת בהונות תקינה.

בצילום ללא ממצא גרמי חריף

משוחררת אורתופדית
איזון כאב
ביקורת רופא אורתופד בעוד כשבוע
בכל החמרה לשוב למיון
רפואה שלמה

/ דיון : בת 41
בריאה בדכ
לדבריה גגון נפל עליה כעת כאב בעיקר ברגל
קיבלה גם מכה בראש ללא איבוד הכרה ללא כאבי ראש ללא הקאות
שפשוף שטחי
לדבריה מחוסנת לטטנוס
ללא חבלת חזה או בטן
כאמור תלונות על כאב ופגיעה בגפה תחתונה-המנשך עי אורטופד ורפואה דחופה

המלצות כלליות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל
ראה הנחיות אורטופד
בכל מקרה של הופעת שינוי מצב הכרה כאבי ראש הקאות או כל בעיה לשוב למיון

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

שם: גלוריה רוקח	ת"ז: 318047453	מקרה:	סודי רפואי
מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה			

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
בן צדק אבליס מיכל מ.ר. 10857	אח/ת משחררת	17/02/2021 12:22

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
סובול יעל מ.ר. 32150	רופאה משחררת	17/02/2021 12:14

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

מטופלת יקרה
בימים אלה, כולם עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.
להלן מספרי טלפון לסייע:
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.kolzchut.org.il
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

****יחסי רפואיים****

MAYANEI HAYESHUA MEDICAL CENTER
17 POVARSKY ST. Bnei Brak, Israel
51544, TEL: 03-5771111



מרכז רפואי מעיני הישועה

מיסוד של ד"ר משה חטשילוב
מטפן לפרקולזה ולרפואה אינטגרטיבית תל אביב

מקצוע: רפואה כללית

המרכז הרפואי מעיני הישועה
רחוב הרב פוברסקי 17
בני ברק 51544, טל: 03-5771111

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מחלקה: ד"ר ליבסטר רונן מ.ר. 29336
אחיות אחראית: גב' אופן מיכל
טלפון: 03-5771130 פקס: 03-5770551

מכתב שחרור

רוקח גלוריה 318047453

ת. לידה:	14/04/1979	גיל:	41	מין:	נקבה
ת. קבלה:	21/02/2021	11:27	2614440		
כתובת:	אניליביץ 29.5 בת ים				
ארץ לידה:	טורקיה				
שם האב:	*				
ת. שחרור:	21/02/2021	גורם משפחתי:	גורם מממן:	לאומית	
טלפון:	0544822099	סוג דם:	estibir		
גורם מפנה:	ד"ר פ. ידל				

אבחנות

• S/P CONTUSION OF LOWER LIMB (Left) (924.5)
INFECTED HEMATOMA

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

פרטי קבלה

גורם מפנה: קופת חולים
התקבל מ:

תלונה עקרית

לדבריה לפני 4 ימים בדרך לעבודה גגון של תחנת אוטובוס נפל על שור רגל שמאלית.

אנמנזה סיעודית

ב17.2.21 בדרכה לעבודה נחבלה מחפץ שנפל מגובה בשוק רגל שמאל ונפלה למדרכה ונחבלה בראשה פנתה למיון בשל כאבים ברגל המטומה ונפוחות בכף רגל שמאל

טיפול מוזמן

טיפול מוזמן: מקבל הטיפול מגיע עבור פעילות יעודית מוגדרת, מקבל טיפול ומשחרר
טיפול מוזמן: לא

רגישות לתרופות

שם התרופה
SULFA
תאריך רישום
21/02/2021

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה תקינה

בדיקה גופנית אורטופד

נבדק

עמוד שדרה:

גפיים: צליעה על רגל שמאלית.
סימני חבלה, נפיחות, בצקת והמטומה בשליש דיסטאלי של שוק שמאל.
רגישות למשש והגבלה בתנועות קרסול.
בצילומים - אין עדות לשינויים טראומטיים.

מדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
21/02/2021	12:16	מדדים		
			חום	37.1
			דופק	97
			לחץ דם	138/74
			סטורציה באויר	100
			חדר	
			לחץ דם	138/74
21/02/2021	11:42	מדדים		
			אופן הגעה	רגלי

סיכום רופא בשחרור

בוצע חבישה אלסטית מרופדת.
מהיום היתחילה טיפול ב AUGMENTIN
החלטה: שחרור

המלצות

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
בזמן שכיבה רגל מורמת
קירור מקומי
המשך טיפול אנטיביוטי
מעקב רופא מטפל
חופשת מחלה: 10 ימים.

בכל החמרה יש לפנות מיד לבדיקת רופא

נחתם ע"י: דר' זורבליוב יבגני מ.ר. 31277

חתימה:

כל ביקור חוזר במיון מחייב בתשלום / טו' 17

-העתק לרופא המטפל-

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

תאריך ושעת ההדפסה: 12:22 17/02/2021
חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' שריסט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רוקח	שם פרטי: גלוריה	ת.ז.: 318047453
תאריך לידה: 14/04/1979	גיל: 41	טלפון: 054-4822055
מין: נקבה	גורם מממן: לאומית	כתובת: העוגב 8 ראשון לציון 7558008

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 10:03 17/02/2021 מספר מקרה: 12322764

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

אבחנות במיון

• OTHER SURGERY (V58.89)

רגישות לתרופות
שם התרופה
SULFA

תאריך רישום
17/02/2021

לא ידועה רגישות לחומרים
נתונים קליניים
מדדים

תאריך ושעה			
10:55 17/02/2021			
חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
37.1	134 / 84	77	99
מוניטור			
לחץ דם			תאריך ושעה
134 / 84			10:55 17/02/2021
דופק			מדדים סדציה
77			

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:55 17/02/2021				
10:07 17/02/2021	37.1	134 / 84	77	99
מדדים חיוניים				
תאריך ושעה	לחץ דם			
10:55 17/02/2021	134 / 84			
דופק		77		
מדדים מרדים רוחבי				
תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	
10:55 17/02/2021				
10:07 17/02/2021	37.1	134 / 84	77	

סיכום

12:04, נרשם ע"י דר' פרדו איתי מ.ר. 151704 המחלקה לרפואה דחופה
11:42 17/02/2021 נושא:

דיווח / דיון: בת 41,
מבחינה אורתופדית חבלה לשוק שמאל
מלינה על כאב בקרסול

בבדיקה
מצב כללי טוב
נושאת משקל, הליכה תקינה.
שוק קרסול שמאל ללא דפורמציה
שפשוים וסימני חבלה בשוק שמאל מדיאלית
ללא סבל עורי.
מבחינת הקרסול ללא רגישות גרמית
ללא נפיחות
רגישות קלה ATFL
ללא המטומה פלנטרית
הנעת בהונות תקינה.

בצילום ללא ממצא גרמי חריף

משוחררת אורתופדית
איזון כאב
ביקורת רופא אורתופד בעוד כשבוע
בכל החמרה לשוב למיון
רפואה שלמה

/ דיון: בת 41
בריאה בדכ
לדבריה גגון נפל עליה כעת כאב בעיקר ברגל
קיבלה גם מכה בראש ללא איבוד הכרה ללא כאבי ראש ללא הקאות
שפשוף שטחי
לדבריה מחוסנת לטטנס
ללא חבלת חזה או בטן
כאמור תלונות על כאב ופגיעה בגפה תחתונה-המנשך עי אורטופד ורפואה דחופה

המלצות כלליות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל
ראה הנחיות אורטופד
בכל מקרה של הופעת שינוי מצב הכרה כאבי ראש הקאות או כל בעיה לשוב למיון

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

שם: גלוריה רוקח	ת"ז: 318047453	מקרה:	סודי רפואי
מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה			

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
בן צדק אבסל מיכל מ.ר. 10857	אחות משחררת	17/02/2021 12:22

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
סובול יעל מ.ר. 32150	רופאה משחררת	17/02/2021 12:14

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

מטופלת יקרה/
בימים אלה, כולם 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

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון

מרכז רפואי רבין

הופק ע"י דר' ולר נעה מ.ר. 157636 11:52 01/03/2021

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד	14/04/1979	ת. לידה:	רוקח	שם משפחה:
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989	31804745-3	ת. זהות:	גלוריה	שם פרטי:
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל	נקבה	מין:	הרא"ה 143, רמת גן	כתובת:
מס' קבלה למחלקה: 2021109835	41	גיל:	0544822099	טלפון:
טלפון: 03-9377365				סוג דם:
פקס: 03-9377367				מחוז:
קבלה למימון: 21:28 24/02/2021		מרפאה:		גורם מממן:
קבלה למחלקה: 22:05 24/02/2021	ארז	שם האב:	קופ"ח לאומית	

ימי אשפוז במחלקה: 6

תאריך שחרור

01/03/2021

אבחנות בשחרור

- Cellulitis - unspec. (681.9)
- COVID-19 INFECTION (7984)

בריאה בדרך כלל

רגישות לתרופות

שם התרופה
SULFACID 10%
תאריך רישום
24/02/2021

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: הליכות

הוראות ומדדים

תוצאות והערות	מדד	תאריך	שעה	קטגוריה
		01/03/2021	09:36	מדדים
37.1 P.O	חום			
75	דופק			
0	כאב			
99 באוויר חדר	סטורציה			
		01/03/2021	09:06	
104/58	לחץ דם			
		28/02/2021	16:14	מדדים
37.2 P.O	חום			
72	דופק			
0	כאב			
98 באוויר החדר	סטורציה			
		28/02/2021	16:13	מדדים
108/54 במנוחה שכיבה	לחץ דם			
		28/02/2021	09:53	מדדים
4 שוק שמאל	כאב			
		28/02/2021	09:49	מדדים
37.1 P.O	חום			
76	דופק			
4	כאב			
99 באוויר החדר	סטורציה			

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:		שם האב:	ארון

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

115/55	לחץ דם	09:35 28/02/2021
5	כאב	16:41 27/02/2021
109/61	לחץ דם	16:24 27/02/2021
		15:54 27/02/2021
סימנים חיוניים בקבלה		
תאריך שעה קטגוריה		
מדדים 09:36 01/03/2021		
37.1 P.O	חום	
75	דופק	
0	כאב	
99 באוויר חדר	סטורציה	09:06 01/03/2021
104/58	לחץ דם	16:14 28/02/2021
37.2 P.O	חום	
72	דופק	
0	כאב	
98 באוויר החדר	סטורציה	16:13 28/02/2021
108/54 במנוחה שכיבה	לחץ דם	09:53 28/02/2021
4 שוק שמאל	כאב	09:49 28/02/2021
37.1 P.O	חום	
76	דופק	
4	כאב	
99 באוויר החדר	סטורציה	09:35 28/02/2021
115/55	לחץ דם	16:41 27/02/2021
5	כאב	16:24 27/02/2021
109/61	לחץ דם	15:54 27/02/2021

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון

מרכז רפואי רבין

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:	שם האב:	ארזין	

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות
באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	28/02/21 10:20	28/02/21 10:09
המטולוגיה	WBC (K/micl)	4.500-11.000		3.350↓
המטולוגיה	RBC (M/micl)	4.10-5.10		3.42↓
המטולוגיה	HB (g/dL)	12.0-16.0		9.8↓
המטולוגיה	HCT (%)	36.0-46.0		30.6↓
המטולוגיה	PLT (K/micl)	150-450		215
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1		12.6↑
המטולוגיה	MCV (fl)	78.0-102.0		89.5
המטולוגיה	MCH (pg)	25.0-35.0		28.7
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	31.0-37.0		32.0
המטולוגיה	RDW (%)	11.5-14.5		13.4
המטולוגיה	NEUT% (%)			47.50
המטולוגיה	NEUT.abs (K/micl)	1.8-7.7		1.6↓
המטולוגיה	LYM% (%)			35.20
המטולוגיה	LYMP.abs (K/micl)	1.0-4.8		1.2
המטולוגיה	MONO% (%)			13.10
המטולוגיה	MONO.abs (K/micl)	0.00-0.80		0.44
המטולוגיה	EOS % (%)			3.90
המטולוגיה	EOS.abs (K/micl)	0.0-0.5		0.1
המטולוגיה	BASO % (%)			0.3
המטולוגיה	BASO abs (K/micl)	0.0-0.2		0.0
ביוכימיה	SODIUM (mEq/l)	135-145	140	
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dl)	8.5-10.5	8.7	
ביוכימיה	URIC ACID (mg/dl)	2.6-6.0	2.3↓	
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dl)	2.5-5.0	2.9	
ביוכימיה	PROTEIN-TOTAL (g/dL)	6.6-8.3	6.5↓	
ביוכימיה	ALBUMIN (g/dL)	3.5-5.2	3.7	
ביוכימיה	GLOBULIN (g/dL)	2.1-3.4	2.8	
ביוכימיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120	71	
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-31	168↑	
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-34	192↑	
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-38	107↑	
ביוכימיה	LDH (U/L)	230-480	480	
ביוכימיה	LIPEMIC		NORMAL	
ביוכימיה	ICTERIC		NORMAL	
ביוכימיה	HEMOLYTIC		NORMAL	
ביוכימיה	UREA (mg/dl)	17-43	22	
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/l)	3.5-5.1	4.6	

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	תאריך לידה:	רוקח	שם פרטי:
שם פרטי:	ת. זהות:	גלוריה	סוג דם:
שם האב:	ארוין		
14/04/1979	31804745-3		

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות
באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	28/02/21 10:20	28/02/21 10:09
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dl)	0.000-0.500	3.220↑	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:	שם האב:	ארוין	

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.cialit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

סיכום והמלצות

בת 41, צלולה ועצמאית, ג+4, עובדת כפקידה במשרד עורכי דין ולומדת משפטים. התקבלה לאשפוז לאור זיהום עורי צלוליטיס ברגל שמאל לאחר חבלה (נפילה במדרכה), ללא שיפור לאחר טיפול אנטיביוטי באוגמנטין. בקבלתה תשובת COVID חיובית בבדיקת סקר מה- 24/02, לכן אושפזה במחלקתנו.

בקבלתה במיין נבדקה ע"י אורתופד- אינה דורכת על רגל שמאל, נפיחות ניכרת סביב קרסול וכף רגל, שטד בשלבי ספיגה, מעט אודם רגישות ניכרת בעיקר סביב קרסול אין טווח בשל כאב. מניעה אצבעות, תחושה מעט ירודה מדיאלית ולטרלית. תחושה ב WEB1 שמורה, מילוי קפילרי תקין, DP לא נמוש היטב, יתכן של הנפחות, הנעת ברך וירך ללא כאב משמעותי. ובוצע CT קרסול כף רגל- ללא עדות לשבר, מבנה גרמי והמרווחים הבין- מפרקיים שמורים. בצקת קשה של הרקמות הרכות בקרסול וכף רגל שמאל

במהלך אשפוזה יציבה המודינמית ונשימתית. סובלת מכאבים ברגל שמאל והגבלה בתנועה. טופלה אנטיביוטית בצפמזין ובציפרו עם שיפור קליני ומעבדתי. מבחינה קלינית שיפור במראה הזיהום, שיפור בכאב ובדריכה על הרגל, במעבדה ירידה במזדי דלקת. מבחינת COVID אסימפטומטית, לא נזקקה לחמצן או לטיפול תרופתי- MILD COVID. לציון במעבדה אנמיה 9.8 ועליה באימי כבד, ככה"נ קשורים למחלתה האקוטית.

משתחררת כעת לביתה להמשך טיפול אנטיביוטי פומי עם ההמלצות הבאות-

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 שבועות	ביום 4 X 1	500 mg	ORAL	CEPHALEXIN (CEPHALEXIN)
✓				2 ימים	ביום 2 X 1	500 mg	ORAL	CIPRODEX (CIPROFLOXACIN HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל, נא לפנות עם מכתב זה בהקדם. יש להמשיך טיפול אנטיביוטי פומי- לפי מרשמים מצורפים. למשך שבועיים ליטול צפזול, ציפרו לעוד יומיים. יש צורך בהערכת רופא לגבי צורך בהמשך טיפול אנטיביוטי לפי מצב הזיהום. מומלצת הפעלה מקסימלית של הרגל. -המשך בידוד למשך 10 ימים לפחות מיום האבחנה, עד תאריך 04/03 כוללות ב-3 ימים אחרונים ללא סימפטומים. יציאה מבידוד מותנית באישור רופא. -לאחר החלמה מומלץ לחזור על בדיקות דם- ספירת דם וכימיה מלאה כולל תפקודי כבד. -בכל מקרה של החמרה רפואית יש לפנות לבדיקת רופא.

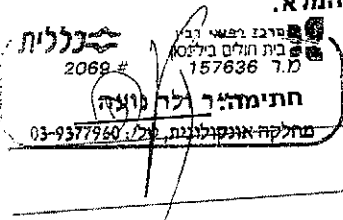
סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	תאריך לידה:	תאריך חקירה:	שם פרטי:
14/04/1979	ת. זהות:	גלוריה	סוג דם:
31804745-3	שם האב:		
ארז			

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.



נחתם ע"י: דר' ולר נעה מ.ר. 157636

כל ביקור במל"ד כרוך בתשלום הפניה/טופס התחייבות מקופת החולים

סטטוס
נשא

מועד לקיחת דגימה
24/02/2021 06:54

מועד לקיחה ראשון
24/02/2021 06:54

מחלות מדבקות וחידקים עמידים
סוג מחולל
Covid-19
מקור הנתונים: הזנה ידנית
רגל סכריתית- חדש

לפני שאתה משתחרר אל תשכח לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

18/03/2021 תאריך הדפסה:
18/03/2021 תאריך הפצה:
001 : דף מספר

דו"ח מעבדה
אגף המעבדות

לאומית שירותי בריאות

מספר זהות : 1-31804745-3
תאריך לידה : 14/04/1979
טל - נייד : 054-4822099
מספר ייחוס : 000215272

שם : רוקח גלוריה
מיו : נקבה גיל : 41y11m 5d
בית : 077-6631714

נוסף : אין
תאריך קליטת דגימות : 18/03/2021

רופא : ד"ר אברמוב
גורם שולח : באר-אורה

טניף חברות : 02-70 בני ברק
טבינה

Tests	Results	Units	Reference Values	Range	Rem
OTHER AND UNSPECIFIED INJURY TO LEG					
תאריך ושעת לקיחה לדגימה 007727109 : 18/03/2021 8:53:00					

Complete Blood Count

WBC	3.99	K/uL	4-10	{*.....}	
RBC	4.00	M/uL	4-6.6	{*.....}	
HGB	12.0	g/dL	12-15	{*.....}	
HCT	35.0	%	36-46	{*.....}	
MCV	87.5	fL	83-101	{*.....}	
MCH	30.0	pg	27-32	{*.....}	
MCHC	34.3	g/dL	31.5-34.5	{*.....}	
PLT	164	K/uL	150-450	{*.....}	
PLT CLUMPS בדיקת מיקרוסקופ זהו PLT CLUMPS המדידה בוצעה לאחר תהליך מכני לפירוק לא ניתן להבטיח פירוק מלא ולכן יתכן שערך ה PLT האמיתי גבוה מהמדווח					
RDW-SD	42.9	fL	39-46	{*.....}	
RDW-CV	13.5	%	11.6-14	{*.....}	
PDW	19.8	fL	9-17	{*.....}	*
PCT	0.23	%	0.2-0.36	{*.....}	*
MPV	13.9	fL	7.8-12	{*.....}	
P-LCR	55.8	%	0-2	{*.....}	
Nucleated RBC %	0.0	%			
Nucleated RBC	0.00	K/uL			

Instrumental Differential

Reticulocytes	1.0	%	0.5-2.5	{*.....}	
Reticulocytes - C	0.041	M/uL	0.05-0.1	{*.....}	
Retic. Hemoglobin Equiv.	36	pg	28-35	{*.....}	*
Neutrophils %	58.9	%	42.5-73.2	{*.....}	
Lymphocytes %	28.8	%	18.2-47.4	{*.....}	
Monocytes %	10.0	%	4.3-11	{*.....}	
Eosinophils %	1.8	%	0-3	{*.....}	
Basophils %	0.5	%	0-2	{*.....}	
Neutrophils	2.35	K/uL	2-7.15	{*.....}	
מכיל חידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות המוסרו שלא כדין עובר עבירה					

(המשך בדף הבא)

תאריך הדפסה: 18/03/2021
 תאריך הפצה: 18/03/2021
 דף מספר: 002

דו"ח מעבדה
 אגף המעבדות

לאומית שירותי בריאות

מספר זהות: 1-31804745-3 תאריך לידה: 14/04/1979 טל - נייד: 054-4822099 מספר ייחוס: 000215272	נ ב ד ק (ת) שם: רוקח גלוריה מיו: נקבה גיל: 41y11m 5d בית: 077-6631714 נוסף: אין תאריך קליטת דגימות: 18/03/2021
רופא: . . . ד"ר אברמוב גורם שולח: באר אורה סניף חברות: 02-70 בני ברק טבינה	

Tests	Results	Units	Reference Values	Range	Rem
				(המשך . . .)	
Lymphocytes	1.15	K/uL	1.16-3.18	*	{ . . . }
Monocytes	0.40	K/uL	0.29-0.71	*	{ . . . }
Eosinophils	0.07	K/uL	0.03-0.27	*	{ . . . }
Basophils	0.02	K/uL	0.02-0.1	*	{ . . . }
Biochemistry					
Hemolysis Index	NORMAL			(...*.....)	
Creatinine	0.72	mg/dL	0.51-1.17		
eGFR	>60	eGFR IU			
eGFR IU = mL/min/1.73m מחושב לפי הנוסחה MDRD IDMS Traceable הנוסחה אינה מתאימה לשימוש עבור נשים בהריון, חולי דיאליזה ובמצבים של אי-ספיקת כליות חדה					
AST (GOT)	23	U/L	0-35		{ . . . }
ALT (GPT)	18	U/L	0-35		{ . . . }
Alkaline Phosph.	78	U/L	30-120		{ . . . }
Bilirubin, Total	0.70	mg/dL	0.3-1.2		{ . . . }
Albumin	4.4	g/dL	3.5-5.2		{ . . . }
Serology					
C-Reactive Prot.	2.3	mg/L	0-5		(...*.....)
*** END OF DATA *** סוף הדפסה					

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות
 המוסרו שלא כדין עובר עבירה

(סוף הדפסה)

17:35:40 תאריך הדפסה : 18/03/21

רופא אישי
ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה
מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49099201

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
ת.לידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 41Y 11M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: 959.71 OTHER AND UNSPECIFIED INJURY TO LEG < LEFT > תלונות: 17.2.21 בדרך לעבודה , נחבלה מנפילת חפץ מרובה שאף אליה ברוח , נפלה ונחבלה בשוק או בכף שמאל . טבלה גם מצולליטיס לאחר חבלה. קיבלה טיפול AB. עדיו טובלת מכאבים ורדימות ברגל שמאל אבחנות כרוניות: V16.03 V58.69 448.91 FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF COLON LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS TELANGEICTASIA, TELANGEICTASIS (VERRUCOUS) < BILATERAL >	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 18/03/21 17:35:40

רופא אישי

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49099201 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
ת.לידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 41Y 11M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
454.80	VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH EDEMA
454.81	< LEFT >
628	VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH PAIN
	< BILATERAL >
	INFERTILITY, FEMALE
רגישויות:	
=====	
	SULFONAMIDES
סיבת ההפניה:	
=====	
מחצא	
תאריך: 18/03/21	הופק ע"י ד"ר אברמוב סבינה מ"ר: 84508
חוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקציית SMART (מותנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	

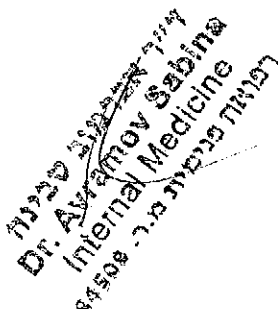
ד"ר אברמוב סבינה
 Internal Medicine
 רפואת פנימית מ"ר

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

ד"ר אברמוב סבינה
 רפואת משפחה
 מ.ר: 84508
 מרפאה: סניף בני ברק
 כתובת: יהודה הלוי 1 בני ברק
 טלפון: 03-5778700

אישור מחלה (לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 18/03/21 עד תאריך 25/03/21 , סה"כ 8 ימים.	
הערות:	
	
תאריך	הופק ע"י ד"ר אברמוב סבינה מ"ר: 84508
18/03/21	

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 18/03/21

****חסי רפואי****

MAYANEI HAYESHUA MEDICAL CENTER
17 POVARSKY ST. BNEI BRACK, ISRAEL
51544, TEL: 03-5771111



המרכז הרפואי מעיני הישועה
רחוב הרב פוברסקי 17
בני ברק 51544, טל: 03-5771111

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מחלקה: דר' ליבסטר רונן מר. 29336
אח/ות אחראית: גב' אופן מיכל
טלפון: 03-5771130 פקס: 03-5770551

מכתב שחרור

רוקח גלוריה 318047453

ת. לידה:	14/04/1979	גיל: 41	מין: נקבה	שם האב:	*	מצב משפחתי:	
ת. קבלה:	21/02/2021 11:27	2614440		ת. שחרור:	21/02/2021	גורם מממן:	לאומית
כתובת:	אניליבץ 29.5	בתי 5		טלפון:	0544822099	סוג דם:	
ארץ לידה:	טורקיה			גורם מפנה:	ד"ר פ. ידל		estibir

אבחנות

- S/P CONTUSION OF LOWER LIMB (Left) (924.5)
INFECTED HEMATOMA

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

פרטי קבלה
גורם מפנה: קופת חולים
התקבל מ:

תלונה עקרית

לדבריה לפני 4 ימים בדרך לעבודה גגון של תחנת אוטובוס נפל על שור רגל שמאלית.

אנמנזה סיעודית

ב17.2.21 בדרכה לעבודה נחבלה מחפץ שנפל מגובה בשוק רגל שמאל ונפלה למדרכה ונחבלה בראשה פנתה למיון בשל כאבים ברגל המטומה ונפוחות בכף רגל שמאל

טיפול מוזמן

טיפול מוזמן: מקבל הטיפול מגיע עבור פעילות יעודית מוגדרת, מקבל טיפול ומשוחרר
טיפול מוזמן: לא

רגישות לתרופות

שם התרופה: SULFA
תאריך רישום: 21/02/2021

הרגלים

מעשן/ת: לא
אלכוהול: לא
סמים: לא
שינה: תקינה

בדיקה גופנית אורטופד

עמוד שדרה:

גפ"ים: צליעה על רגל שמאלית.

סימני חבלה, נפיחות, בצקת והמטומה בשליש דיסטאלי של שוק שמאל.

רגישות למשמש והגבלה בתנועות קרסול.

בצילומים - אין עדות לשינויים טראומטיים.

תאריך

תאריך **שעה** **קטגוריה**

מסמך 12:16 21/02/2021

תוצאות והערות

TTM

יום

37.1

דיוק

97

לחץ דם

138/74

סטורציה באייר

100

חדר

111

לחץ דם

138/74

מזדים 11:42 21/02/2021

אופן הגעה

١٧٧-

סיכום רופא בשחרור

בוצע חבישה אלסטית מחפדת.

מהיום היתחילה טיפול ב AUGMENTIN

החלטה: שחרור

המלצות

המלצה:

משככי כאבים לפי הצורך

בזמן שכיבה רגל מורמת

קִירְתָּר מִקְוֵמִי

המשך טיפול אנטיביאוטי

מעקב רופא מטפל

מעקב רופא מטפל

10 ימים.

חופשת מחלה: 10 ימים.

בכל החמרה יש לפנות מיד לבדיקת רופא

נחתם ע"י: דר' זורבליוב יבגני מ.ר. 31277

כל ביקור חוזר במיין מהייב בתשלום / טו' 17

העתק לרופא המטפל-

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכלאדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

בילינסון

BEILINSON
Rabin Medical Center

מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר ולרנעה מ.ר. 157636 01/03/2021 11:52

סיכום אשפוז

שם משפחה:	רוקח	ת. לידה:	14/04/1979	מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3	מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
כתובת:	הרא"ה 143, רמת גן	מין:	נקבה	אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
טלפון:	0544822099	גיל:	41	מס' קבלה למחלקה: 2021109835
סוג דם:		מס' קבלה למחלקה:	03-9377365	טלפון: 03-9377367
מחוז:		מס' קבלה למחלקה:	03-9377367	פקס: 03-9377367
גורם מממן:	קופ"ח לאומית	מס' קבלה למחלקה:	21:28 24/02/2021	קבלה למחלקה: 22:05 24/02/2021
		שם האב:	אריין	ימי אשפוז במחלקה: 6

תאריך שחרור

01/03/2021

אבחנות בשחרור

- Cellulitis - unspec. (681.9)
- COVID-19 INFECTION (7984)

בריאה בדרך כלל
רגישות לתרופות

שם התרופה
תאריך רישום
24/02/2021

SULFACID 10%

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: הליכות

הוראות ומדדים

תאריך שעה קטגוריה
01/03/2021 09:36 מדדים

תוצאות והערות

מדד

37.1 P.O

חום

75

דופק

0

כאב

99 באוויר חדר

סטורציה

104/58

לחץ דם

37.2 P.O

חום

72

דופק

0

כאב

98 באוויר החדר

סטורציה

108/54 במנוחה שכיבה

לחץ דם

4 שוק שמאל

כאב

37.1 P.O

חום

76

דופק

4

כאב

99 באוויר החדר

סטורציה

01/03/2021 09:06

28/02/2021 16:14 מדדים

28/02/2021 09:53 מדדים

28/02/2021 09:49 מדדים

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	תאריך לידה:	רוקח	שם פרטי:
14/04/1979	ת. זהות:	גלוריה	סוג דם:
31804745-3	שם האב:		
ארון			

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות
באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

115/55	לחץ דם	09:35 28/02/2021
5	כאב	16:41 27/02/2021 מדדים
109/61	לחץ דם	16:24 27/02/2021
		15:54 27/02/2021
סימנים חיוניים בקבלה		
תאריך שעה קטגוריה		
מדדים 09:36 01/03/2021		
37.1 P.O	חום	
75	דופק	
0	כאב	
99 באוויר חדר	סטורציה	09:06 01/03/2021
104/58	לחץ דם	16:14 28/02/2021 מדדים
37.2 P.O	חום	
72	דופק	
0	כאב	
98 באוויר החדר	סטורציה	16:13 28/02/2021 מדדים
108/54 במנוחה שכיבה	לחץ דם	09:53 28/02/2021 מדדים
4 שוק שמאל	כאב	09:49 28/02/2021 מדדים
37.1 P.O	חום	
76	דופק	
4	כאב	
99 באוויר החדר	סטורציה	09:35 28/02/2021
115/55	לחץ דם	16:41 27/02/2021 מדדים
5	כאב	16:24 27/02/2021
109/61	לחץ דם	15:54 27/02/2021

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהלית: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:		שם האב:	ארון

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

סיכום והמלצות

בט 41, צלולה ועצמאית, ג+4, עובדת כפקידה במשרד עורכי דין ולומדת משפטים.
התקבלה לאשפוז לאור זיהום עורי צלוליטיס ברגל שמאל לאחר חבלה (נפילה במדרכה), ללא שיפור לאחר טיפול אנטיביוטי באוגמנטין.
בקבלתה תשובת COVID חיובית בבדיקת סקר מה- 24/02, לק אשפזה במחלקתנו.
בקבלתה במיון נבדקה ע"י אורתופד- אינה דורכת על רגל שמאל, נפיחות ניכרת סביב קרסול וכף רגל, שטד בשלבי ספיגה, מעט אודם.
רגישות ניכרת בעיקר סביב קרסול אין טווח בשל כאב. ממעה אצבעות, תחושה מעט ירודה מדיאלית ולטרלית.
תחושה ב WEB1 שמורה, מילוי קפילרי תקין, DP לא נמוש היטב, יתכן של הנפחות, הנעת ברך וירך ללא כאב משמעותי.
ובוצע CT קרסול כף רגל- ללא עדות לשבר, מבנה גרמי והמרווחים הבין- מפרקיים שמורים. בצקת קשה של הרקמות הרכות בקרסול וכף רגל שמאל.
במהלך אשפזה יציבה המודינמית ונשימתית. סובלת מכאבים ברגל שמאל והגבלה בתנועה.
טופלה אנטיביוטית בצפמזין ובציפרו עם שיפור קליני ומעבדתי. מבחינה קלינית שיפור במראה הזיהום, שיפור בכאב ובדרכה על הרגל, במעבדה ירידה במדדי דלקת.
מבחינת COVID אסימפטומטית, לא נזקקה לחמצן או לטיפול תרופתי- MILD COVID.
לציון במעבדה אנמיה 9.8 ועליה באנזימי כבד, ככה "נ קשורים למחלתה האקוטית".
משתחררת כעת לביתה להמשך טיפול אנטיביוטי פומי עם ההמלצות הבאות-

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 שבועות	ביום 1 X 4	500 mg	ORAL	CEPHALEXIN (CEPHALEXIN)
✓				2 ימים	ביום 1 X 2	500 mg	ORAL	CIPRODEX (CIPROFLOXACIN HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל, נא לפנות עם מכתב זה בהקדם.
יש להמשיך טיפול אנטיביוטי פומי- לפי מרשמים מצורפים. למשך שבועיים לטיפול צפולר, ציפרו לעוד יומיים. יש צורך בהערכת רופא לגבי צורך בהמשך טיפול אנטיביוטי לפי מצב הזיהום.
מומלצת הפעלה מקסימלית של הרגל.
המשך בידוד למשך 10 ימים לפחות מיום האבחנה, עד תאריך 04/03 כוללת ב-3 ימים אחרונים ללא סימפטומים.
יציאה מבידוד מותנית באישור רופא.
לאחר החלמה מומלץ לחזור על בדיקות דם- ספירת דם וכימיה מלאה כולל תפקודי כבד.
בכל מקרה של החמרה רפואית יש לפנות לבדיקת רופא.

בילינסון

BEILINSON
Rabin Medical Center

מרכז רפואי רבין

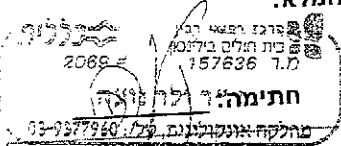
סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:		שם האב:	ארוין

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.



נחתם ע"י: דר' ולר נעה מ.ר. 157636

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

מחלות מדבקות וחידקים עמידים
סוג מחולל
Covid-19
מקור הנדבקים: הזנה ידנית

סטטוס
נשא

מועד לקיחת דגימה
24/02/2021 06:54

מועד לקיחה ראשון
24/02/2021 06:54

רגל סכריתית- חדש

לפני שאתה משתחרר אל תשכח לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהלת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	תאריך לידה:	רוקח	שם פרטי:
שם דם:	ת. זהות:	גלוריה	
סוג דם:	שם האב:		
	ארון		
	14/04/1979		
	31804745-3		

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות
באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	28/02/21 10:20	28/02/21 10:09
המטולוגיה	WBC (K/micl)	4.500-11.000		3.350↓
המטולוגיה	RBC (M/micl)	4.10-5.10		3.42↓
המטולוגיה	HB (g/dL)	12.0-16.0		9.8↓
המטולוגיה	HCT (%)	36.0-46.0		30.6↓
המטולוגיה	PLT (K/micl)	150-450		215
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1		12.6↑
המטולוגיה	MCV (fl)	78.0-102.0		89.5
המטולוגיה	MCH (pg)	25.0-35.0		28.7
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	31.0-37.0		32.0
המטולוגיה	RDW (%)	11.5-14.5		13.4
המטולוגיה	NEUT% (%)			47.50
המטולוגיה	NEUT.abs (K/micl)	1.8-7.7		1.6↓
המטולוגיה	LYM% (%)			35.20
המטולוגיה	LYMP.abs (K/micl)	1.0-4.8		1.2
המטולוגיה	MONO% (%)			13.10
המטולוגיה	MONO.abs (K/micl)	0.00-0.80		0.44
המטולוגיה	EOS % (%)			3.90
המטולוגיה	EOS.abs (K/micl)	0.0-0.5		0.1
המטולוגיה	BASO % (%)			0.3
המטולוגיה	BASO abs (K/micl)	0.0-0.2		0.0
המטולוגיה	SODIUM (mEq/l)	135-145	140	
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dl)	8.5-10.5	8.7	
ביוכימיה	URIC ACID (mg/dl)	2.6-6.0	2.3↓	
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dl)	2.5-5.0	2.9	
ביוכימיה	PROTEIN-TOTAL (g/dL)	6.6-8.3	6.5↓	
ביוכימיה	ALBUMIN (g/dL)	3.5-5.2	3.7	
ביוכימיה	GLOBULIN (g/dL)	2.1-3.4	2.8	
ביוכימיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120	71	
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-31	168↑	
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-34	192↑	
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-38	107↑	
ביוכימיה	LDH (U/L)	230-480	480	
ביוכימיה	LIPEMIC		NORMAL	
ביוכימיה	ICTERIC		NORMAL	
ביוכימיה	HEMOLYTIC		NORMAL	
ביוכימיה	UREA (mg/dl)	17-43	22	
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/l)	3.5-5.1	4.6	

בילינסון

מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

סיכום אשפוז

מחלקה לטיפול בחולי קורונה ד
מנהל/ת: דר' שלומאי אמיר מ.ר. 33989
אח/אחות אחראיים: קרן שמואל
מס' קבלה למחלקה: 2021109835

שם משפחה:	רוקח	תאריך לידה:	14/04/1979
שם פרטי:	גלוריה	ת. זהות:	31804745-3
סוג דם:		שם האב:	ארוין

מידע נוסף בדבר השימוש בתרופות, זמני לקיחה מומלצים, הנחיות מיוחדות ותופעות לוואי ניתן למצוא במדריך התרופות
באתר הכללית בכתובת www.clalit.co.il

מומלץ לפנות לרופא המשפחה ולוודא את מתן הטיפול התרופתי המלא.

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	28/02/21 10:20	28/02/21 10:09
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dl)	0.000-0.500	3.220†	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה



התחייבות: 108081504

ת.ז. לקוח: 318047453

לכבוד

שם ספק : מרכז רפואי קופ"ח יהודה הלוי ב"ב

כתובת : יהודה הלוי 1 סניף קופה בני ברק

טלפון : 03-5778700

טלפון נוסף :

תאריך הפקדה: 18/05/2021

תוקף התחייבות זו עד תאריך 17/07/2021

מקור

מספר 108081504

התחייבות למכון

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 18/05/2021.

פרטי הלקוח			
שם לקוח.....		רוקח גלוריה	
שנת לידה : 1979		ת.ז. לקוח...: 318047453	
כתובת : אנליביץ 29/5 בת ים 5942803		טלפון : 077-6631714	
טלפון נוסף : 054-4822099			
פרטי טיפול			
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק
1	18612	טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח	18612
			כמות 1
פרטי גורם מפנה			
רופא מפנה...: אברהם בבינה		ת.ז. לקוח...: 318047453	
מרכז רפואי: בני ברק		תאריך הדפסה: 18/05/2021	
מפיק.....: שיינדל שינפלד-נ.ק.ל.			
חתימה וחותמת			
לקוח נכבד ! לאחר סדרת הטיפול על המטפל להכין דוח כתנאי להמשך אישורים או לסיכום טפול לקוח יקר, יש להציג כרטיס מגנטי בעת קבלת הטיפול.			
תודה שבחרת לאומית			

תאריך הדפסה : 1/06/21
שעת הדפסה : 9:49:47
דף : 1



גבי גרוסמן נילי
שרות פיזיותרפיה
מ.ר. : 100542
כתובת : יהודה הלוי 1 בני ברק
טלפון : 03-5778700

הדפסת ביקור למטופל

שם : רוקח גלוריה	ת.ז. : 1-31804745/3
גיל בעת הביקור : 42Y 1M	ת.לידה : 14/04/1979

תאריך ביקור: 1/06/21 שעת ביקור: 9:17
רופא/מטפל...: 95160 גרוסמן נילי
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
ביקור בדיעבד מסיבה: תקלת מחשב

אתר.....: סניף בני ברק
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר
***** תלונות.....: *****

ט. 4
לא התחילה טיפול לימפטי, זקוקה להפניה לפיזיותרפיה לימפטית!
עדיין נפיחות מקומית והגבלה בתנועה, מתרגלת.
הולכת עם גרבי לחץ בהצלחה.
אבחנה:

CELLULITIS

נ + 4
מתי התחיל: ב 17/2/21
תלונה: נחבלה בקרסול שמאל, מגוון של אוטובוס שנפל על השוק.
נחבלה גם בראשה.
כאב נפיחות והגבלה בתנועה.

אושפזה בבילניסון בגלל זיהום, 24/2/21-1/3/21
חודש וחצי ללא דריכה
סיכום מבילניסון: infected hematoma s/p cont. of lower limb
ללא שבר,
טופלה תרופתית.
עיסוק: פקידה
agg/ease: כואב בהליכה ותנועה.
GH: מחלימה מקורונה
פ"ג: לא
דימות: לטענתה לא אובחן שבר.
vas: 5 עד 8
am/pm: כאב קבוע

ציפיות מהטיפול: הורדת נפיחות, הקלה בכאב, שיפור הליכה
וטווחים, תוכל לרדת מדרגות.
טיפולים שעזרו: תרופתי

מופנית לפיזיותרפיה לימפטית להורדת נפיחות.
תרגול עם אופני כושר.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

9:37:40

תאריך הדפסה : 1/06/21

רופא אישי

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49801062

פרטי המטופל	
שם מלא	רועה גלוריה
תעודת זהות	1-31804745/3
ת.לידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 42Y 1M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
! הבדיקה הדרושה: 18820 פיזיותרפיה פרטנית לט' לימפאדמה ! אבחנה משוערת: 457.1 תלונות: לאחר תאונת דארכים וחבלת רגל, בהמלצה פיזיותרפסט זקוקה לפיזיותרפיה להורדת נפיחות אבחנות כרוניות: V16.03 V58.69 443 448.91 454.80 OTHER LYMPHEDEMA < LEFT > FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF COLON LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS PERIPHERAL VASCULAR DISEASE, OTHER [PVD] < MODERATE LEFT > TELANGIECTASIA, TELANGIECTASIS (VERRUCOUS) < BILATERAL > VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH EDEMA	

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 1/06/21
שעת הדפסה : 9:49:47
דף : 1



גבי גרוסמן נילי
שרות פיזיותרפיה
מ.ר. : 100542
כתובת : יהודה הלוי 1 בני ברק
טלפון : 03-5778700

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-31804745/3	שם :	רוקח גלוריה
ת.לידה :	14/04/1979	גיל בעת הביקור :	42Y 1M

אתר.....: סניף בני ברק
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תאריך ביקור: 1/06/21 שעת ביקור: 9:17
רופא/מטפל..: 95160 גרוסמן נילי
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
ביקור בדיעבד מסיבה: תקלת מחשב

תלונות.....:

ט. 4
לא התחילה טיפול לימפטי, זקוקה להפניה לפיזיותרפיה לימפטית!
עדיין נפיחות מקומית והגבלה בתנועה, מתרגלת.
הולכת עם גרבי לחץ בהמלצתי.
אבחנה:

CELLULITIS

נ + 4
מתי התחיל: ב 17/2/21
תלונה: נחבלה בקרסול שמאל, מגוון של אוטובוס שנפל על השוק.
נחבלה גם בראשה.
כאב נפיחות והגבלה בתנועה.

אושפזה בבילניטון בגלל זיהום, 24/2/21-1/3/21
חודש וחצי ללא דריכה
סיכום מבילניטון: infected hematoma s/p cont. of lower limb
ללא שבר,
טופלה תרופתית.
עיסוק: פקידה
agg/ease: כואב בהליכה ותנועה.
GH: מחלימה מקורונה
פ"ג: לא
דימות: לטענתה לא אובחן שבר.
vas: 5 עד 8
am/pm: כאב קבוע

ציפיות מהטיפול: הורדת נפיחות, הקלה בכאב, שיפור הליכה
וטווחים, תוכל לרדת מדרגות.
טיפולים שעזרו: תרופתי

מופנית לפיזיותרפיה לימפטית להורדת נפיחות.
תרגול עם אופני כושר.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

9:37:40

תאריך הדפסה : 1/06/21

רופא אישי

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49801062

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
ת.לידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 42Y 1M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
===== ! הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה פרטנית לט' לימפדמה ! 18820 =====	
אבחנה משוערת: ===== 457.1	
OTHER LYMPHEDEMA < LEFT >	
תלונות: ===== לאחר תאונת דארכים וחבלת רגל, בהמלצה פיזיותרפיסט זקוקה לפיזיותרפיה להורדת נפוחות	
אבחנות כרוניות: =====	
V16.03 V58.69 443 448.91 454.80	
FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF COLON LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS PERIPHERAL VASCULAR DISEASE, OTHER [PVD] < MODERATE LEFT > TELANGIECTASIA, TELANGIECTASIS (VERRUCOUS) < BILATERAL > VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH EDEMA	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 1/06/21
שעת הדפסה : 9:49:47
דף : 1



גב' גרוסמן נילי
שרות פיזיותרפיה
מ.ר. : 100542
כתובת : יהודה הלוי 1 בני ברק
טלפון : 03-5778700

הדפסת ביקור למטופל

שם : רוקח גלוריה	ת.ז. : 1-31804745/3
גיל בעת הביקור : 42Y 1M	ת.לידה : 14/04/1979

תאריך ביקור: 1/06/21 שעת ביקור: 9:17
רופא/מטפל...: 95160 גרוסמן נילי
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
ביקור בדיעבד מסיבה: תקלת מחשב

תלונות.....: *****

ט. 4
לא התחילה טיפול לימפטי, זקוקה להפניה לפיזיותרפיה לימפטית!
עדיין נפיחות מקומית והגבלה בתנועה, מתרגלת.
הולכת עם גרבי לחץ בהצלחה.
אבחנה:

CELLULITIS

נ + 4
מתי התחיל: ב 17/2/21
תלונה: נחבלה בקרסול שמאל, מגגון של אוטובוס שנפל על השוק.
נחבלה גם בראשה.
כאב נפיחות והגבלה בתנועה.

אושפזה בבילניסון בגלל דיהום, 24/2/21-1/3/21
חודש וחצי ללא דריכה
סיכום מבילניסון: infected hematoma s/p cont. of lower limb
ללא שבר,
טופלה תרופתית.
עיטוק: פקידה
agg/ease: כואב בהליכה ותנועה.
GH: מחלימה מקורונה
פ"ג: לא
דימות: לטענתה לא אובחן שבר.
vas: 5 עד 8
am/pm: כאב קבוע

ציפיות מהטיפול: הורדת נפיחות, הקלה בכאב, שיפור הליכה
וטווחים, תוכל לרדת מדרגות.
טיפולים שעזרו: תרופתי

מופנית לפיזיותרפיה לימפטית להורדת נפיחות.
תרגול עם אופני כושר.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

14:33:39

תאריך הדפסה : 8/06/21

רופא אישי

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר תמיר לביה

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. : 22641

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49878455

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
ת.לידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 42Y 1M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: 457.1 OTHER LYMPHEDEMA < LEFT > תלונות: 42 עדין כאב שוק לאחד-חבלת עם לוקוס אבחנות כרוניות: V16.03 V58.69 443 448.91 454.80 FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF COLON LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS PERIPHERAL VASCULAR DISEASE, OTHER [PVD] < MODERATE LEFT > TELANGELECTASIA, TELANGELECTASIS (VERRUCOUS) < BILATERAL > VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH EDEMA < LEFT >	

*** החסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

14:33:39

תאריך הדפסה : 8/06/21

רופא אישי

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר. : 84508

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

רופא מפנה

ד"ר תמיר לביה

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 22641

כתובת המרפאה :

יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון במרפאה : 03-5778700

פיזיותרפיה מס. 49878455

פרטי המטופל	
שם מלא	רוקח גלוריה
תעודת זהות	1-31804745/3
ת.ל.ידה : 14/04/79	מגדר : נ
כתובת : אנילביץ 29/5 בת ים 59428	גיל : 42Y 1M
טלפון : 077-6631714 054-4822099	
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: 457.1 תלונות: 42 עד 44 כאב שוק-לאחר-הבליה עם זקום אבחנות כרוניות: V16.03, V58.69, 443, 448.91, 454.80 FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF COLON LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS PERIPHERAL VASCULAR DISEASE, OTHER [PVD] < MODERATE LEFT > TELANGEICTASIA, TELANGIECTASIS (VERRUCOUS) < BILATERAL > VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES WITH EDEMA < LEFT >	

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 11/05/21
שעת הדפסה : 10:31:12
דף : 1



גב' גרוסמן נילי
שרות פיזיותרפיה
מ.ר. : 100542
כתובת : יהודה הלוי 1 בני ברק
טלפון : 03-5778700

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-31804745/3	שם :	רוקח גלוריה
ת.לידה :	14/04/1979	גיל בעת הביקור :	42Y 0M

תאריך ביקור: 11/05/21 שעת ביקור: 9:56
רופא/מטפל: 95160 גרוסמן נילי
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר:.....: סניף בני ברק
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:.....
=====

OTHER AND UNSPECIFIED INJURY TO LEG

אבחנה:

CELLULITIS

נ + 4

מתי התחיל: ב 17/2/21
תלונה: נחבלה בקרסול שמאל, מגוון של אוטובוס שנפל על השוק.
נחבלה גם בראשה.
כאב נפיחות והגבלה בתנועה.

אושפזה בבילניסון בגלל זיהום, 24/2/21-1/3/21
חודש וחצי ללא דריכה

סיכום מבילניסון: infected hematoma s/p cont. of lower limb
ללא שבר,
טופלה תרופתית.

עיסוק: פקידה
agg/ease: כואב בהליכה ותנועה.
GH: מחלימה מקורונה

פ"ג: לא
דימות: לטענתה לא אובחן שבר.
vas: 5 עד 8
am/pm: כאב קבוע

ציפיות מהטיפול: הורדת נפיחות, הקלה בכאב, שיפור הליכה
וטווחים, תוכל לרדת מדרגות.
טיפולים שעזרו: תרופתי
נפילות:

בדיקה גופנית:..

בדיקה כללית

כף רגל וקרסול שמאל:
non pitting נפיחות קלה
מביב קרסול וכף רגל
rom הגבלה df/pf/sup/pron
הליכה בצליעה, קושי בנשיאת משקל

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 11/05/21
שעת הדפסה : 10:31:12
דף : 2



גב' גרוסמן נילי
שרות פיזיותרפיה
מ.ר. : 100542
כתובת : יהודה הלוי 1 בני ברק
טלפון : 03-5778700

הדפסת ביקור למטופל - המשך

ת.ז. :	1-31804745/3	שם :	רוקח גלוריה
ת.לידה :	14/04/1979	גיל בעת הביקור :	42Y 0M

סיכום דיון והמלצות:

מטרות: תוכל ללכת ללא צליעה, תוכל לרדת מדרגות.
טיפול: הפעלה של כף הרגל והקרסול, pumping action, תרגול הליכה, תרגול שיווי משקל.
מומלץ - פיזיותרפיה לימפטית.
הדרכה לתרגול עצמי כנ"ל.
המשך טיפול.

יש צורך בהמשך!

הופק ע"י גב' גרוסמן נילי מ"ר: 100542

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

ה ע ת ק

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר: 84508

מרפאה: סניף בני ברק

כתובת: יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון: 03-5778700

אישור מחלה

(לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 18/03/21 עד תאריך 25/03/21 , סה"כ 8 ימים.	
הערות:	
לאומית שירותי בריאות מרכז רפואי מרכז מחוז מרכז רח' יהודה הלוי 1 בני ברק טל': 03-5778700 פקס: 03-5778700	
תאריך	הופק במקור ע"י ד"ר אברמוב סבינה מ"ר: 84508
18/03/21	

הופק ע"י סיגל טננבאום - ל.כל
בסניף בני ברק

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 18/03/21

ה ע ת ק

ד"ר אברמוב סבינה

רפואת משפחה

מ.ר: 84508

מרפאה: סניף בני ברק

כתובת: יהודה הלוי 1 בני ברק

טלפון: 03-5778700

אישור מחלה (לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
רוקח גלוריה	1-31804745/3
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 1/03/21 עד תאריך 18/03/21 , סה"כ 18 ימים.	
הערות:	
לאומית שירותי בריאות מרכז רפואי מרכז בריאות רח' יהודה הלוי 1 בני ברק טל: 03-5778700	
תאריך	הופק במקור ע"י ד"ר אברמוב סבינה מ.ר: 84508
11/03/21	

הופק ע"י סיגל טננבאום - כל
בסניף בני ברק

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 18/03/21

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

11.4.21

לה סוף

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב החשמונאים 15
רמת גן
באמצעות פקס: 03-6720103

א.ג.נ.,

הנדון: גלוריה רוקח, ת.ז. 318047453
תאונה מיום 17.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה וחודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ותלושי שכר.
 2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

כתובת חזרה
רחוב 143 ימית
דירה 9
תאונה
שיחות
כלי דא
קלי. מילכה

אילא רזיקור
מס.ק.מ
טאם לא חזרה
חאן חמאנה

עמוד 1 מתוך 10

17/02/2021

3 1 8 0 4 7 4 5 3 ותאריך הפגיעה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



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

חותמת קבלה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר)

3 1 8 0 4 7 4 5 3

תאריך עלייה

שנה חודש יום

שנה חודש יום

☐ מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמנה ☐ פחד/ה ☐ נשוא/ה ☒ גרושה ☐ ידועה/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד: 5237542
 רמת גן
 מס' בית: 143
 סלפון נייד: 0545822099
 סלפון קווי:

gloria kadejjan Dyma! can

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:

שנה חודש יום

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות סקסט - 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: כניסה: דירה: ישוב: מיקוד:

2

פרטי מידע העובד - אם אתה נחשב עם כוחות הביטחון או מילא סעיף 2

שם/מחבר/השורה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי
דו"ס משרד עורכי דין				טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
קופמן	2	תל אביב	68012	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בינך 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		טלפון קווי
				טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2

פרטי מידע העובד - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐		טלפון נייד	
משמר הכנסת ☐			
שב"ס ☐			
משא"ז ☐			
משטרה ☐		מס' פקס	
אחר ☐			
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
			שנה חודש יום
			1 7 0 2 2 0 2 1

היכן אירעה הפגיעה?
 במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐
 באתונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____
 תאריך: 17/02/2021 שעה: 15:00 כתובת: רח' מנחם בגין 100, תל אביב

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון

תאריך מסירת ההודעה: 17/02/2021 שנה | חודש | יום

4

האיבר שנפגע: רגל

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה: 17/02/2021 שנה | חודש | יום

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי) _____

מרחות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך) _____

שם בית החולים / מחלקה _____

תקופת אשפוז _____

שם כותב העדות _____

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או חמים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

קופת חולים שבה אתה חבר: ☐ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר _____

פרטי הרופאים המטפלים: _____

שם הרופא: _____

תחום המומחיות: _____

כתובת המרפאה: _____

שם הרופא: _____

טלפון המרפאה: _____

שם הרופא: _____

טלפון המרפאה: _____

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

1 האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

מספר התיק במשטרה

טיפול בתאונה תחת משטרה ב-

(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

מספר רישוי

2 האם נפגעת בהיותך: ☒ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט ☐ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב

3 סוג הרכב המעורב בתאונה:

4 הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ לייסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר

5 במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה

ומספר הקו

פרטי הנהג שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון ס"ב

נוסעים נוספים ברכב:

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעת לחברת הביטוח

7 האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל

כתובתו

טלפון

פקס

דואר אלקטרוני

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר

מס' תיק אזרחי

7. סוג התאונה בדיוקין

- ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
- ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____
- ☐ תאונה בבניין שם התאור _____ 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 _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

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

8. לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים
- ☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
- ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי
בעסק /
בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 9:00 עד שעה 18:00

☐ עבודה במשמרות

הצהרת התביעה

12

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 בודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דים 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 יעדכמו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע * Kaden

תאריך 11/3/21

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "פני כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות" – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה

מספר זהות ס"ב

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

נא ציין את מספר תעודת זהות 318047453 ותאריך הפגיעה 17/02/2021 עמוד 8 מתוך 10
 למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - הן כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע בזמן הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בו: _____

האם נכחו עובדים מספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____ תפקידו _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

האונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

פגיעה בדרך לעבודה: _____ באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

14

מספר זכר 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

ז.י.י. משרד עורכי דין _____

9 | 3 | 5 | 6 | 5 | 8 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0

היקף המשכר ב- % מספר ימי העבודה בשבוע: 95 5

תאריך תחילת עבודה: 13/08/2020 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר 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	חודש	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר בחטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש	01/2021	21	יומי ☐ חודשי ☐	6,198		
חודש	12/2020	23	יומי ☐ חודשי ☐	5,927		
חודש	11/2020	22	יומי ☐ חודשי ☐	5,915		
חודש	10/2020	21	יומי ☐ חודשי ☐	6,231		

העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא פרט fed ☐ כן ☒ לא

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 _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

15 האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י 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: _____
- ☒ 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) _____

16 הארכת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 17/02/2021 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

- ☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מותאריך _____ 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)

קצב:

- ☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____
- ☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

שנה	חודש	יום

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

60

שם משפחה

שם פרטי

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 אודותי.

תאריך 11/3/21 חתימת המבוטח * Kali

תלוש משכורת לחודש 12/2020

כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קויפמן 2, תל אביב 68012

תיק ניכויים
935658260 ב.ל.
935658260 מ.ה.
513256800 מספר תאגיד - מספר משרה

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
125	0	גלוריה רוקח	318047453	19	04	13/08/20
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף
294	35	23/23	171.3/171.3	944	10	01427939
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבוני
שכר יסוד	171.30	35.00		5,996.00	5,996.00	0.00
נטיעות	1.00	213.00		213.00	213.00	0.00
מחלה יום 1	8.06	-35.00		-282.00	-282.00	0.00
שכר לפיצויים						0.00
קופ"ג מעביד-חודשי						0.00
שכר לקופ"ג						0.00
קה"ל מעביד-חודשי						0.00
שכר לקה"ל						0.00
מס' משפחה	מס' עובד	מס' זכוי	מס' אחוז משרה	מס' זכוי	מס' אחוז משרה	מס' זכוי
7	2.75	602	10.00	47	47	47
מס' שולי	מס' שולי	מס' שולי	מס' שולי	מס' שולי	מס' שולי	מס' שולי
10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
זכוי נוסף	זכוי נוסף	זכוי נוסף	זכוי נוסף	זכוי נוסף	זכוי נוסף	זכוי נוסף
פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי
47	47	47	47	47	47	47
מס' תאום	מס' תאום	מס' תאום	מס' תאום	מס' תאום	מס' תאום	מס' תאום
7	7	7	7	7	7	7

5,927.00 חייב מ.ה.

5,927.00 חייב ב.ל.

5,927.00 סה"כ תשלומים

207.00 סה"כ ניכויים

5,720.00 שכר נטו

5,720.00 נטו לתשלום

ניכויי חובה	הסכום	ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	23.00				
דמי בריאות	184.00				
סה"כ	207.00	סה"כ			

הערות:

גוזנים מצטברים

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי 47"	דמי חבר/טיפול	27,285
חופש	3.3	0	4.45	שכר שווה כסף	זכוי אישי	חייב ב.ל.	0.00
מחלה	0.24	1	0.74	חייב מ.ה.	זכוי מסף	קופ"ג מעביד	0.00
חופש חודשי: 1.15				מס הכנסה	זכוי גמל	קה"ל מעביד	0.00
				ביטוח לאומי	זכוי משמורת	פיצויים מעסיק	0.00
				גמל 35%	פטור		0
				ק. השתלמות	פטור 47"		0

בתאריך 15/03/2021

בוצע ע"י: עופר בק, ר"ח

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר חמובילה במדינת

תלוש משכורת לחודש 1/2021
כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קויפמן 2, תל אביב 68012

תיק ניכונים
935658260 ב.ל
935658260 מ.ה
513256800 - מספר תאגיד

[illegible]

21.67	ימי תקן	5300	:	איפורמטיבי - שכר מינימום לחדש
182.00	שעות תקן	29.12	:	איפורמטיבי - שכר מינימום לשעה

[illegible]

הערות:

בתלונים מצטברים

ניהול העדרונים

נתונים מצטברים									
סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47'	דמי חבר/טיפול			
חופש	4.45	0	5.5	שכר שנה כסף	6,198	חייב בל	6,198		
מחלה	0.74	0	2.19	דמיב מ.ה.	6,198	קופ"ג מעביר	0.00		
				מס הכנסה	20	קה"ל מעביר	0.00		
				ביטוח לאומי	217	פיצויים מעסיק	0.00		
חופש חודשי: 1.05	חודשי עבודה				פטור	0			
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12				פטור ס' 47'	0			
		ב		גמל 35%					
				ק. השלמות					

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח

בתאריך 15/03/2021

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תיק ניכויים 935658260 ב.ל. 935658260 מ.ה. מספר תאגיד - 513258800	תלוש משכורת לחודש 2/2021 כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542	שם החברה ז.וייס משרד עורכי דין קויפמן 2, תל אביב 68012
---	---	--

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה														
125	0	גלוריה רוקח	318047453			13/08/20														
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 13/13	שעות עבודה 111.4/111.4	בנק 10	סניף 944														
294	35	35.00	משלמים/בפועל	משלמים / בפועל																
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבון 01427939														
שכר יסוד	111.40	35.00		3,899.00	3,899.00	משולם לבנק														
נסיגות	0.23	208.50		48.00	48.00															
מחלה יום 1	16.31	-35.00		-571.00	-571.00															
מחלה יום 2	8.16	-17.50		-143.00	-143.00															
<table border="1"> <tr> <td>מס' עובד</td><td>מחלקה</td><td>שם עובד</td><td>תעודת זהות</td><td>דרגה</td><td>דרגה</td><td>תחילת עבודה</td></tr> <tr> <td>125</td><td>0</td><td>גלוריה רוקח</td><td>318047453</td><td></td><td></td><td>13/08/20</td></tr> </table>							מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה	125	0	גלוריה רוקח	318047453			13/08/20
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה														
125	0	גלוריה רוקח	318047453			13/08/20														
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה														
125	0	גלוריה רוקח	318047453			13/08/20														

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12	ימי תקן : 21.67 שעות תקן : 182.00	סה"כ תשלומים : 3,233.00 סה"כ ניכויים : 93.00 שכר נטו : 3,140.00 נטו לתשלום : 3,140.00
--	--------------------------------------	--

סוג העדרות	יממה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש	5.5	0	6.15	שכר שווה כסף	זיכוי אישי	חייב ב.ל.
מחלה	2.19	4	-0.91	חייב מ.ה.	זיכוי נוסף	קופ"ג מעביד
חופש חודשי : 0.65				מס הכנסה	זיכוי גמל	קה"ל מעביד
				ביטוח לאומי	זיכוי משמרות	פיצויים מעסיק
				גמל 35%	פטור	
				ק. השתלמות	פטור ס' 47	

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח
 בתאריך: 07/03/2021
 באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

יבן כח

אני הח"מ, שלמה יצחק ה'תש"ל, מרחוב הסוללים 8, תל אביב
ת.ז. מס' 318047453, את עו"ד אריאל פרייברג ואו להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נוד בענין תאונת דרכים מיום בכל
מבלי לפגוע בכלליות הגמני הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, כולל ומקצתו, 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 חליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. לתופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 פסי"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 הני"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.

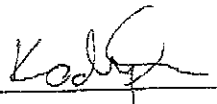
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

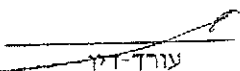
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 7 לחודש 4 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה הרצוג שם פרטי אוריג תעודת זהות 318047453 שם האב _____
 מס' 7 עיר ראשון מיקוד _____ טלפון _____
 רחוב המלחמה

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 שהליתי 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 האם _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.11.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: עו"ד אריאל חיימית
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 11/04/2021 18:10
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	11/04 18:02
FAX NO./NAME	6751936
DURATION	00:08:25
PAGE(S)	29
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

11.4.21

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

רחוב החשמונאים 15

רמת גן

באמצעות פקס: 03-6720103

א.ג.נ.,

הנדון: גלוריה רוקח, ת.ז. 318047453
 תאונה מיום 17.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעת על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ותלושי שכר.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

"מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נפגע עבודה

תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מות האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדגמי ההסבר שמעבר לך לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / חקיקה / המעביד	מספר תיק במסד	מספר טלפון
ס.א.ל.א. מ.א.א.	0315698216101010	0315694949
רחוב	מספר בית	מספר פקס
רחוב קריית	2	0315694949

לכבוד

קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (גא מחק את המיון):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	זכרון
כ/ק	ש.א.ר.י.ה	זכר	3118047453	☐

רחוב	מספר בית	מספר	דירה	מיקוד
רחוב	143	9	רחוב	
מספר	מספר	מספר	מספר	מספר
0	0	0	0	0

שכנע בתאריך 17.2.21 בשעה 915 כאשר עבד ב. כהן למסר סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: הכרמל - כח א/בוס יב
תאריך התאונה: לאחר ירידה מהאוסטאס אית גרמה אחרת לש
נא לא לאמת את הכח ופלט את הכרזה סקסל תחנה
תאריך שנפגע: גש"ס אכא

☒ הנפגע חבר בקופת חולים

שם קופת חולים

ג.ויס, משרד עורכי דין

☐ עובד זר

חתימת ורודמת המפעל

תפקיד במפעל

שם המאשר

במוצעי עי"י: עופר בק, רו"ח
בתאריך 15/03/2021
באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 9/2020
כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קניפמן 2, תל אביב 68012

תיק ניכויים
ב.ל. 935658260
מ.ה. 935658260
מספר תאגיד - 513256800

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	תחילת עבודה
125	0	רוקח גלוריה	318047453		13/08/20
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק
	294	35	20/20	166.1	10
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	158.10	35.00		5,534.00	5,534.00
נסיגות	0.69	213.00		147.00	147.00
מתנה	1.00	232.50		233.00	241.00
מחלה יום 1	8.10	-35.00		-283.00	-283.00
מחלה יום 2	8.10	-17.50		-142.00	-142.00

5,497.00 חייב מ.ה.

5,497.00 חייב ב.ל.

5,497.00 סה"כ תשלומים

192.00 סה"כ ניכויים

5,305.00 שכר נטו

5,072.00 נטו לתשלום

ניכוי חובה	הסכום	ניכוי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	22.00	מתנה	0.00	1	233.00
דמי בריאות	170.00				
סה"כ	192.00	סה"כ			233.00

הערות:

נתונים מצטברים

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש	0.65	0.5	1.15	שכר שווה כסף	זיכוי אישי	חייב ב.ל.
מחלה	0.9	2	0.28	חייב מ.ה.	זיכוי נוסף	קופ"ג מעביד
				מס הכנסה	זיכוי גמל	קה"ל מעביד
				ביטוח לאומי	זיכוי משמרות	פיצויים מעסיק
				גמל 35%	פטור	
				ק. השתלמות	פטור ס' 47	

בתאריך 15/03/2021

בוצע ע"י: עופר בק, ר"ח

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קויפמן 2, תל אביב 68012

שם החברה

ז.וייס משרד עורכי דין

קויפמן 2, תל אביב 68012

תלוש משכורת לחודש 10/2020

כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

תיק ביכונים

935658260 ב.ל.

מ.ה.

935658260

מספר תאגיד - 51325800

מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047453								13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה 21/21 משולמים/בפועל		שעות עבודה 175.5		בנק 10		סניף 944		חשבון 01427939 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום					
שכר יסוד		175.50		35.00				6,143.00		6,143.00					
נסיעות		0.42		213.00				88.00		88.00					
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		תת מחלקה		דרגה		חוקק		תחילת עבודה	
125		0		גלוריה		318047									

21.67	ימי תקן	5300	איתור מטיב - שכו מנימם / חודש
182.00	שעות חקן	29.12	אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה

סכום	כמות	יתרה	ניכוי רשות	ניכוי חובה	הסכום
					25.00
					193.00
			סה"כ		218.00

				כ"ט	כ"ט
--	--	--	--	-----	-----

הערות:

ניהול העדריות									
אג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	15,443	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול	15,443	
ורפא	1.15	0	2.2	שכר שווה כסף	15,443	זיכוי אישי	חיוב בל.	0.00	
				חיוב מ.ה.		זיכוי נוסף	קופ"ג מעביר	0.00	
				מס הכנסה		זיכוי גמל	קה"ל מעביר	0.00	
חלה	0.28	0	1.74	ריטוח לאומי	540	זיכוי משמרות	פיצויים מעסיק	0.00	
				גמל 35%		פטור			
ורפא חודשי : 1.05			חודשי עבודה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 כ כ כ כ ל ל ל ל ל	ק. השתלמות		פטור ס' 47			

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח

בתאריך 15/03/2021

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

9

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

מח תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מח היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה *

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שביע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני פרטי רשומים מטה: שמות בעלי החשבון

רוקח גלוריה

שם הבנק

שם הסניף / כתובת

מספר חשבון

מס' סניף

01427939

944

שער ראשון: גולדה מאיר 1

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
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 מושגי 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 11/3/21 חתימת מקבל התשלום * Kadish

11

פירוט חשבון הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

מס' זהות / דרכון									
01 סוג המסמך דפים									

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

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			
שם משפחה שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
רוקח מספר אישי בצה"ל		גלוריה תאריך לידה	
שנה חודש יום		שנה חודש יום	
☐ רוקח ☒ מצב משפחתי:		☐ אלמנה ☐ פחדלה ☐ משואה ☒ גרושה ☐ ידועה/בציבור	
רחוב / תא דואר הר"ה		מס' בית כניסה דירה	
143 טלפון קווי		5237542 רמת גן	
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		חזר אלקטרוני: 0545822099 4	
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 כניסה דירה יישוב מיקוד	

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ ע"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	מספר התיק במשטרה
2	האם נפגעת בהיותך: ☒ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	מספר רישוי
3	סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי
4	הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____	מספר רישוי
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____		
5	פרטי הנהג שם ומשפחה _____ נסעים נוספים ברכב: שם ומשפחה _____ שם ומשפחה _____	מספר זהות / דרכון ס"ב מספר זהות / דרכון ס"ב מספר זהות / דרכון ס"ב
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעת לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח מס' פוליסה
7	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם הע"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

2

שכר/מחיר/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי
ד.וייס משרד עורכי דין				0 3 5 1 6 4 9 4 9
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
קופמן	2	תל אביב	68012	03 5 1 6 4 1 4 3
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בינך 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		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א

פרטי מזהות בעבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐			
שב"ס ☐ משא"ז ☐		טלפון נייד	
משטרה ☐ אחר ☐			
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

9

הצהרה למילוי י"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבני שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת 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 _____

10

פרטי חשבון הבנק של החשבון

כל תשלום שביצע לי המוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שירות ראשים מטה:

שמות בעלי החשבון

רוקח גלוריה

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי בע"מ	שער ראשון: גולדה מאיר 1	944	01427939

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

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכמים 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 _____ חתימת מקבל התשלום X _____

11

פטור ממס הכנסה: יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב פגיעה

☐ עיוול/נכה 100% ☐ פטור חלקי *