



לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מספר זהות / דרכון: 56672413

סוג מסמך: 25

מס' זהות: 04

סיבת האבחון

תביעה ראשונה ☐

תביעה חוזרת לאחר דחייה ☒

תום זמניות מ

שר"מ ☐

בדיקה מחדש למקבל קצבה ☐

המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכות

ת. תביעה: 08/09/2022
תביעה חוזרת לאחר דחייה
אבחון רפואי

סניף מגורים אשקלון סניף הועדה אשקלון מס' ועדה 33434 תאריך האבחון 08/11/2022

פרטי התובע

שם משפחה שם פרטי סמדר

מספר זהות: 56672413

תאריך לידה: 27/11/1960

מין: ☐ זכר ☒ נקבה

כתובת

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב	מיקוד
	8				אשקלון	7847012

טלפון קווי טלפון נייד

דואר אלקטרוני

508694639

מסמכים שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1. 28-9-20	טיוטת בקשה לטיפול	7. 28-8-20	סכום זיו-און
2. 18-9-20	תקופת טיפול	8. 28-8-20	טיוטת בקשה לטיפול
3. 28-9-20	קבלת טיפול	9. 28-8-20	טיוטת בקשה לטיפול
4. 28-9-20	קבלת טיפול	10. 28-8-20	טיוטת בקשה לטיפול
5. 11-10-20	קבלת טיפול	11. 28-8-20	טיוטת בקשה לטיפול
6. 17-10-20	קבלת טיפול	12. 28-8-20	טיוטת בקשה לטיפול

פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:

☐ נפגעי עבודה ☐ נפגעי איבה ☐ אחר

אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך 15/01/2015

אחוז לסעיף	סעיף ליקוי צמיתה	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי זמנית
25	37-7בג		
10	35-00ב1		
15	37-5אב		
8	41-4אבא		

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה:

☐ סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים ☐ מעל 90% נכות רפואית ☐ הסכמת התובע ☐ סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה

שם התובע שמואל סמדר	מספר זהות 56672413	מס' ועדה 33434	תאריך האבחון 08/11/2022
---------------------------	-----------------------	-------------------	----------------------------

6

☐ אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐ בעת הדיון נוכח גם: ☐ עו"ד: שם _____ מס' רישיון 65917 ☐ מלווה: שם _____ קרבה _____ ת.ז. _____

☐ האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא _____

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מהות ההזמנה ☐ הועדה נפסלה, הסיבה: _____

אישור הרופא המוסמך: _____ מזכיר הישיבה: _____ תאריך: _____

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):

אני בן 62 שנה, נשוי, חתן, אב לשלושה ילדים. בעבר עסקתי כמורה פרטית. לפני כ-10 שנה חשתי בחילות וקוצר נשימה, ונאלצתי לעזוב את עבודתי. לאחר מכן עברתי טיפול בטיפול פסיכיאטרי, אך הבעיה לא נפתרה. לאחר מכן עברתי טיפול בטיפול פיזיותרפיה, אך גם זה לא עזר. כיום אני נאלץ להשתמש באמצעי תמיכה כדי ללכת, ויש לי בעיות בלילה. אני מרגיש חלש מאוד, ויש לי קושי רב לעמוד וללכת. אני מרגיש שהבעיה שלי היא פיזיולוגית, אך לא ידוע לי מהי הסיבה.

האם התובע עובד כיום?	☒ לא ☐ כן
תאריך הפסקת עבודה	סיבה: <u>פירוק</u>
סוג עבודה אחרונה	תקופת עבודה (חודשים/שנים) _____
מספר שעות עבודה ביום	ימים בשבוע _____
סוג עבודה נוכחית	מתאריך _____
השכלה	מספר שנות לימוד _____
הכשרה מקצועית	סוג ההכשרה _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: ☒ כן ☐ לא, הסיבה _____

שם הרופא המוסמך: ד"ר רבינוביץ אלכסנדר

חתימת התובע [חתימה] חתימת המלווה [חתימה]

בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא [חתימה]

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
שמואל סמדר	56672413 ⁰	33434	08/11/2022

ממצאי הבדיקה הנוכחית: נלעט אבריה באגרה עליונה אצל שומרי
 בלעדי אצט. ילידה 90/90 הגס - בולגה דאב - חרין
 חזק - קלי בליור. אצל מנה וברך אצט. בלעדי
 אצל (התהב כהאליה עני מנהיג מאכא - באופנה חזק
 בא סופה קקז בתסין אוקהיג כבוס - בנקראמליה
 איה סופה מפוצהים מפיקים אן.מ

התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

תאריך	תחום רפואי	האם הועדה מקבלת חוות הדעת?
7.11.22	פנימ.	הערות/נימוק: ☒ כן ☐ לא
		הערות/נימוק: ☐ כן ☐ לא
		הערות/נימוק: ☐ כן ☐ לא
		הערות/נימוק: ☐ כן ☐ לא

סיכום דיון/נימוק: מלוא בלעדי - 6 עני אצט. ויוני.
 והגס - בלעדי וקקז חרין
 ון. מפוצהים מפיקים אוקהיג - דאב
 אצט. אב באבי פיקים אוקהיג כנקראמליה א' -
 חופא כ.מא.

10 דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:

11 דרישה למידע רפואי נוסף לאבחון הבא:

שם התובע שמואל סמדר		מספר זהות 56672413		מס' ועדה 33434		תאריך האבחון 08/11/2022	
---------------------------	--	-----------------------	--	-------------------	--	----------------------------	--

12 הליקויים הרפואיים

סעיף במבחנים	מוראם	חריג	אחוזי הנכות	מנפח	נכות ושר"מ	נכות בלבד	נכות רפואית		האם הליקוי נובע מהתאונה?
							עד תאריך	מתאריך	
עיקרי	משנה	מ	ח	10	0	2	1	לא	*
37	17	מ	ח	10	0	2	1	לא	*
37	17	מ	ח	10	0	2	1	לא	*
35	21	מ	ח	5	0	2	1	לא	*
92	7	מ	ח	10	0	2	1	לא	*
29	5	מ	ח	20	0	2	1	לא	*
37	7	מ	ח	20	0	2	1	לא	*
		מ	ח		0	2	1	לא	*
		מ	ח		0	2	1	לא	*

* לבירור הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:

לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך	יציבה/ זמנית
51.1	39.1	1.1.22		☒ יציבה ☐ זמנית

13 הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו

התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	☒ כן ☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	☒ כן ☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	☒ כן ☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?	☒ כן ☐ לא	☐ הוגשה תביעה
מומלץ ליזום תביעה לניידות?	☒ כן ☐ לא	☐ הוגשה תביעה
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	☒ כן ☐ לא	נמק:
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?	☒ כן ☐ לא	

חתימת הרופא המוסמך:

אני מצהיר בזאת כי:

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
- אני הרופא המטפל של התובע.
- לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך 08/11/2022 שם הרופא ד"ר רבינוביץ מומחיות אורטופד חתימת וחותמת

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא במצב עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 08/11/2022 שם מזכיר הישיבה סאנטס סוניה חתימת וחותמת