



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2025 03
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 11/2/25
הנפגעת: וסנה סאבנוביץ, ת"ז 326999257

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לועדה.

רצ"ב יפוי כח חתום ע"י מרשתי

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע: שם משפחה **סלעניץ** שם פרטי **וסה**
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) **326999257**
 ס"ב _____
 דואר אלקטרוני: _____
 טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

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 _____
 ס"ב _____

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעוך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות במשאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים
 רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א
 שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית
 שם מעסיק/ מפעל **עמותת אג זהר**
 רחוב / תא דואר **קני יוסף הנשיא**
 מס' בית **6** כניסה _____ דירה _____ יישוב **חולון** מיקוד _____
 טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מספר פקס _____

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 _____
 רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____
 טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ טלפון פקס _____

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐
משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר ☐

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחייה.

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

היום בשבוע _____ שעת הפגיעה _____ תאריך הפסקת עבודה _____ שעת הפסקת עבודה _____

12/2/25 16:00

11/02/25
שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐

בדרך לעבודה ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בדרך לביתך ☒ בית י.א. , שכונת יוסטל אילת 110

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל ☐

תאונה בבניין ☐

בתאונת בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר הטלפון 227-1111 אלימז
הוא האירוע שבו נפצעתי ביום 11/02/25 בשעה 16:00 באזור אילת
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מספר), נא פרט זמנה יחידת מהאולג'ים
הנהג בלם זמנה אני נכנסתי בזמן ימין הצפה ורטון

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

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

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

טלפון

תפקיד

שם מקבל ההודעה

11/02/25
שנה חודש יום

מס' נאליה
מנהל מלחמה
מחלקת זמ"מ

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות התבלה
(לחגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

ד"ר מרדכי

חגמא

ימנה, זכאן, ר"ר יב יב

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

מיון וולנסון

יום

שעה

שנה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרפא

035010383

אישטין סא, ת"ת
זית יונגיה, ויצמן, תל אביב

אורטופדיית כתף
כירורגיה אורתופדית

ד"ר אבי כצאס
ד"ר דא'ל איוק

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפיו כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברחאה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אליהם טופס בל73: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בבואה הגמלאות".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

037412358

אלזא האל, ד, רמת גן

ד"ר ארטא סרייג

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף ד"ח משטרה והעונק מההודעה לתברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבית ☐ שם האתר ☐ שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת מיקין 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, נא לצרף

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

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
11	20	22	12	02	25

עד שעה			משעה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

עד שעה			משעה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

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

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: 15:30

☒ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל 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 ✕ _____

פרטי תשבון הבנק של התובע
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטע רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

9

שם הבנק: ח.י.א. סקורד שם הסניף / כתובתו: מס' סניף 827 מספר חשבון: 001880724
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ולא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים מספיים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך: 3/3/25 חתימת התובע: VB54A

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר זהות: _____ קרבה לתובע: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרפסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - יחלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: שטח ילדים / גן ילדים 112 כניסה שעת הפגיעה 16

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: גן ילדים

האם העובד מועסק דרך קבוצה מחוץ למפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב... גן ילדים

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם ת.ז.

2. שם ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל: מסרת יציאת מחוץ למפעל

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת: שעת היציאה

שעת החזרה הצפויה: שם הקבלן הראשי

שם הקבלן המבצע: שם הקבלן הראשי

תאונה בבית: שם האתר: ☐ פגיעה בדרך לעבודה: ☐ באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכנת שבה היה אמור לעבוד?

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 15 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכנת שבה עבד לפני היציאה לבית

פרטי שדר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק: מספר תיק נכסים במסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 11.11.15 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-12 חודשי מספר ימי העבודה בשבוע: 40

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות:

ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, מלל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הא	שכר בחרטום החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקבלו בשכר	שם התשלום
חודש 10	18	☒ יומי ☐ חודשי	4284.80		
חודש 11	10	☒ יומי ☐ חודשי	3597.99		
חודש 12	14	☒ יומי ☐ חודשי	3415.80		
חודש 1	13	☒ יומי ☐ חודשי	3151.80		

העובד שב לעבודה בתאריך: ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☒ לא

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: שוגר סוכס 100 ☐ כן ☒ לא שם איש קשר לדירור פרטי שכר: מספר טלפון:

דואר אלקטרוני: חתימת המעסיק תאריך 15.11.15 שם והפקיד החותם אילן

לדובר שירותי המעורבות
 חתימה וחומתות
 מיוסלוגית ומנהלה פנימי חוקי

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בבן ליוח הפגיעה)

☒ ק. ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 73.69

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו:

☐ לא נעבר ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן דמי מחלה

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

לר זהר שרתי סיעוד ורעותה (נ"ר)

תאריך: 2.3.25 תפקיד החותם: סניף שם החותם: נ.ה. גלס חתימה: נ.ה. גלס חתימה: נ.ה. גלס

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ 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)

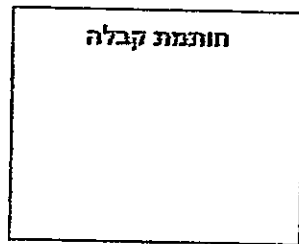
קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק והותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים



תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

שנה חודש יום
25 02 11

32649425

60

שם פרטי

יסנה

שם משפחה

פלגל

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה



אני הח"מ, שפרט"י 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 3/3/25 חתימת המבוטח * KOSA



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 74953/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 16/02/2025, י"ח שבט תשפ"ה, 11:06
נושא המסמך אישור

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 11/02/2025 בשעה 16:00

מקום התאונה

בת ים שד יוספטל גיורא 112 בכביש עירוני

הערות מקום

לכיון מזרח

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
9300601	אוטובוס צבורי עירוני	מאן פולין
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	310687785	מוליב סורן	19/11/1973	ראשל"צ, אלירז שלמה 7		
נוסע	326999257	סטבנוביץ וסנה	14/06/1966	אזור, יצחק שדה וולפסון - חולון קלה		

6

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
89808803	פרטי נוסעים	טויוטה צ'כיה



ר: רת ביטוח
מספר פוליסה
סוג לוחית
מנורה
ישראלית
25240164925

מעורבים ברכב
שיוך המעורב
ז.ת.
שם מלא
שנת לידה
כתובת
קופ"ח / בית
חוליס
חומרת הפגיעה
נהג
51062560
אברהם יהודה
23/12/1951
חולון, הרב
ניסים יצ 9

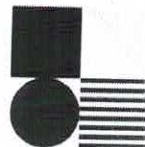
פרטי הולכי רגל
שיוך המעורב
ז.ת.
שם מלא
שנת לידה
כתובת
קופ"ח / בית
חוליס
חומרת הפגיעה

כמות נפגעים
כמות נפגעים
מצב התיק
מתאריך
1
בחקירה
16/02/2025

פרטי המטפל בתיק
מ"א
שם משפחה
שם פרטי
אינהורן
אסף
1141944

פרטי השוטר המוסר
מספר אישי
שם פרטי
שם משפחה
דרגה
תפקיד
אסף
אינהורן
רסב
חוקר משל
1141944

מקום שרות
יחידת בוחנים מחוז תא
חתימה
16/02/2025 11:06



טל: 03-5028211 | וואטסאפ: 03-5028111 | wolfson.org.il | 03-5028111
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012
Tel: +972 3 5028211 | Whatsapp: +972 3 5028111

מערך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדר"י מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	קופת חולים: מכבי	כתובת: אזור יצחק שדה 6 אזור

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 11/02/2025 שעת קבלה: 16:00 מספר ביקור: 11826760

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 11/02/2025 שעה: 20:48

יעד השחרור: לביתו/ה

אבחנות							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E988.5			✓			
CONTUSION OF CHEST WALL	922.1						
CONTUSION OF UNSPECIFIED PART OF UPPER LIMB	923.9						

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות רקע						
אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
Vulvar cancer	184.4					

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא

דרך הגעה: עצמאי

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

תלונת החולה בקבלה למיון

חבלת חזה ובטן שמאל

מחלה נוכחית

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת הקאות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי

מצב כללי טוב יציב המודינמי ונשימתי GCS 15. זוכרת פרטי האירוע

ראש

ללא סימני חבלה, ללא רגישות. ללא עדות לשבר בעצמות הפנים.

עיניים

תנועות עיניים תקינות, אישונים שווים ומגיבים לאור

צוואר

תנועות צוואר חופשיות, ללא רגישות על עמ"ש צווארי או גבי

בית חזה וריאות

בית חזה סימטרי, ללא סימני חבלה רגישות מעל קשת צלעות משמאל, כנסית אוויר טובה ושווה דו צדדי.

בטן

בטן רכה לא תפוחה, רגישות בבטן שמאלית עליונה במשוש עמוק, ללא תנגודת, ללא סימני חבלה, FAST -שלילי.

גפיים

רגשות בהנעת כף יד ימין, ואצבע ראשונה. ללא דפורמציה.

נוירולוגית

כוח גס תקין, רומברג שלילי, מבחן אצבע אף תקין

מדדים

סטורציה ממכשיר	לחץ דם	דופק	חום	תאריך ושעה
+95				16:06 11/02/2025
		92		16:06 11/02/2025
	125/85			16:06 11/02/2025
			+36.9	16:05 11/02/2025

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקות עזר ברכיב

שם משפחה: סטנבויץ	שם פרטי: זסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT בטן ואגן	11/02/2025	תאריך הפענוח: 11.02.2025 שעת הפענוח: 19:26:33 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית טכניקה: בטן ואגן נסרקו לאחר הזרקת חומר ניגודי יודי תוך ורידי בפרוטוקול טראומה. התוויה: בת 58, חבלת בטן חזה צד שמאל, בבדיקתה רגישות בבטן שמאלית עליונה ללא סימני חלבה. FAST -שלילי. לא ידוע על רגישות ליד. השוואה ל-CT בטן מ-13.6.2018. ממצאים: בסיס הריאות - בולת אוויר ב-LLL. שינויים דפנדנטיים ופיברואטלקט. וושט עם תוקן נוזלי רפלוקס? הכבד תקין בגודל מרקם. לא הודגם תהליך מוקדי. לא הודגמה הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות. כיס המרה בעל דפנות עדינים, ללא עדות לאבנים או דלקת חריפה. טחול תקין בגודל ובמרקם. אדרנלים - משמאל מעובה אך שומר על צורה שלו בצפיפות מינוס 1 בשלב ללא הזרקה המתאים לאדינומה, מימין ללא ממצא חריג. לבלב תקין במרקמו ובמבנהו. לא הודגמה הרחבת צינור הלב. כליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס. שופכנים אינם מורחבים. רטרופריטונאום ללא הגדלת קשריות לימפה. אאורטה בטנית אינה מורחבת. שינויים טרשתיים באאורטה וענפיה. SMA, CELIAC, IMA ללא הצרות משמעותיות. העורקים הרנליים הראשים, עורקי הכסל המשותפים והחיצוניים, CFA, DFA SFA, ללא היצרויות או דיסקציה. במגבלות העדר מילוי לולאות המעינים ע"י חומר ניגוד פומי, ללא הרחבה או עיבוי דופן ברור. סעיפים בסיגמא ללא סימני דלקת חריפה. תוספתן לא הודגם בוודאות. ללא נוזל חופשי בבטן או באגן. ללא אוויר חופשי בבטן או באגן. שלפוחית השתן במילוי חלקי. רחם - בגודל תקין. תוכן היפודניס לקולרציה עם רופה נשים. מבנה גרמי שינויים ניווניים בעמוד שדרה. ללא עדות לתהליך אגרסיבי. תת עור - בקע טבורי קטן מכלי שמון. סיכום: ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. ד"ר ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם ד"ר ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. ד"ר ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. ד"ר סעיד חאלד מספר רשיון: 167311

יעוצים

פרטי המבקש :	ד"ר שקור וואסים מ.ר. 155134
תאריך :	11/02/2025 16:32
מחלקה מיעצת :	אורתופדיה
תאריך ביקור מתוכנן :	11/02/2025
דחיפות :	רגיל
הגדרת הבעיה :	בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.
השאלה ליועץ :	הערכה

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.	תשובה סופית	11/02/2025 20:46	ד"ר יפיוב פאבל	מ.ר. 1162934

בבדיקתה:
נפחות מעל מסרק 2-3 ורגישות

שם משפחה: סטנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

יעוצים

תשובת היועץ

מניעה אצל בעיות בחופשיות ללא גזרור
ללא רגישות שורש יד ללא רגישות במישוש SB

בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משכי כאבים לפי רגישות וצורך
קירור מקומי לסירוגין 48 שעות קרובות אזורי חבלה
לשוב לרופא זמין בהחמרה כולשה או במידה וכאב לא
יעבור בעוד 7 ימים
חופש מחלה 5 ימים

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	11/02/25 16:39	11/02/25 16:32
הוזן ידנית			
GFR estimated	ml/(min.1.73m	60 - 90	76
בדיקות חלבונים ספציפיים בדם			
CRP - B	mg/dl	0.00 - 0.50	0.95 ↑
בדיקות כימיה בדם			
Glucose - B	mg/dl	70.0 - 100.0	124.2 ↑
Urea - B	mg/dl	18 - 50	40
Sodium - B	mmol/L	136.0 - 145.0	139.6
Potassium - B	mmol/L	3.50 - 5.10	4.10
Chloride - B	mmol/L	98 - 107	100
Osmolality calculated - B	mOsm/kgH2O	275 - 295	293
Creatinine-B	mg/dL	0.51 - 0.95	0.88
Hemolysis Index			19.00
Lipemic Index-B			101.00
בדיקות קרישה			
PT-SEC	sec.	11.0 - 13.5	11.0
PT-INR	INR	0.90 - 1.40	0.98
PTT (FSL, sensitive to LAC)	sec.	17.0 - 35.0	29.6
ספירת דם			
WBC	$10^3/\mu\text{l}$	4.0 - 10.0	8.0
RBC	$10^6/\mu\text{l}$	4.0 - 5.2	4.6
HGB	g/dl	12.0 - 16.0	13.2

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

* בדיקות	ערכי ייחוס	11/02/25 16:39	11/02/25 16:32
HCT	%	36.0 - 46.0	39.1
MCV	fl.	80.0 - 100.0	85.6
MCH	pg	26.0 - 32.0	29.0
MCHC	g/dl	30.0 - 37.0	33.9
RDW	%	12.3 - 17.7	15.8
PLT	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	150 - 450	327
MPV	fl.	6.5 - 10.0	7.5
Reticulocytes %	%	0.51 - 2.17	1.26
Reticulocytes abs	$10^{10} \times 6 / \mu\text{l}$	0.02 - 0.09	0.06
NEUTRO%	%	42.0 - 72.0	57.5
LYMPHO%	%	20.0 - 45.0	31.1
MONO%	%	2.0 - 10.0	8.3
EOS%	%	0.0 - 6.0	2.0
BASO%	%	0.0 - 1.0	1.1 ↑
NRBC%	%	0.0 - 0.3	0.1
Neutrophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	1.5 - 7.5	4.6
Lymphocyte abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	1.5 - 4.0	2.5
Monocyte abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.2 - 0.8	0.7
Eosinophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.4	0.2
Basophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.1	0.1
ללא שיוך למעבדה			
Icteric Index-B		0.00	
NRBC abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.0	0.0

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום ודיון

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת חבלות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משתחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לאוריינטציה	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: המטופל.ת קיבל.ה הדרכה על אוריינטציה מחלקתית והמשך שלבי טיפול במלר"ד								
נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי								

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 16:07 11/02/2025	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
תאריך ושעה:	16:06 11/02/2025
עצמת הכאב	3
מיקום הכאב	צלעות
תדירות הופעת הכאב	אקוטי
כמה זמן נמשך הכאב	קבוע

המלצות כלליות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל בקהילה .
 -משככי כאבים לפי הצורך למשל אקמול / אופטלגין בהתאם להוראות יצרן .
 -מנוחה וחופש מחלה 3 ימים .
 -ראה המלצות רופא אורתופד- יצוץ מצורף עם ההמלצות.
 -בכל החרמה במצב לרבות החרמה בכאבי בטן, הקאות מרובות , הופעת שטף דם מעל העור , קוצר / קושי נשימה או כל החרמה אחרת במצב יש לפנות מידית לבדיקה רפואית דחופה .

בברכת רפואה שלמה!

חופשת מחלה: 3 ימים.

- 1 מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
- 2 בכל החרמה במצב יש לפנות לגורם רפואי

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' שקור וואסים מ.ר. 155134	רופא/ה	11/02/2025 20:48

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החרמה יש לפנות לרופא בהקדם

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,

מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים | 🔍

03-5028111

03-5028111



וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי | 🔍

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



גיל: 58.7

שם רופא/ה: דר' אפי כזום
תחום הטיפול: אורתופדית כתף

מספר ביקור: 4492265

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	17:25:35 13/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-
מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
בתוקף עד - 15/02/2025	מוקד רפואה דחופה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

אפי כזום
דר' אפי כזום
120927
אורטופד מומחה, מ.ר.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדיית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

• CONTUSION

אבחנה:

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעשנת/ת: כן

מומנה לצורך:

מופנת למוקד לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 14/02/2025 בשעה 17:24

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

0326999257

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

האמה וחותמת

טל. שירותי חירום: 120
מ.ר. 120927
אורטופד תומך, מנחם כחם

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

דר' שילוח פארג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה:	14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203	טל.עבודה/נייד: 0528580179
0326999257			

תאונת עבודה

במשך: 15 ימים, היינו מיום: 12/02/2025 עד יום: 26/02/2025 (בכלל)

19/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

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

16591
2025/02/19
מ.ר. גורם מפנה
מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שילוח פארג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה:	14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור	טל.עבודה/נייד: 0528580179	מיקוד 5801203

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כ/ל) כ	שם המעביד וכתובתו לב זהב שירותי סיעוד	מקצוע מטפלת
ת. פגיעה 11/02/2025	שעה 16:00	התעסקות בשעת הפגיעה ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה		
האיבר שנפגע רגל, יד, בטן	שם הרופא המטפל שילוח	נמצא בטיפול מיום 14/02/2025		

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

בביקור בתאריך 14/02/2025 בשעה 10:31:43
ב - 11.02.25 ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה כנוסעת באוטובוס.
האוטובוס התנגש עם רכב אחר. נפלה. נחבלה בחזה, ובטן משמאל.
פנתה למיון.
נבדקה. בוצע CT.
- ללא עדות לפגיעה באיברים פנימיים ללא עדות לדימום פעיל ללא עדות לשברים.
הומלץ חופשת מחלה 5 ימים.
שיכוך כאבים לפי הצורך.

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44
עדיין כאובה מאוד.
אינה יכולה ללכת - כאבים ברגל שמאל והמטומה בכף הרגל, כאבים בבטן ובגב יד ימין

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- RIB PAIN
- HAND PAIN Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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



דר' דאיזדה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		
0326999257			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)**תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה**

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
סלובודן	כן	

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
 צולעת על ברך שמאל.
 רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
 נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 11/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 20 ימים, היינו מיום: 27/02/2025

עד יום: 18/03/2025 (בכלל).

23/02/2025

תאריך הבדיקה



גיל: 58.8

שם רופא/ה: ד"ר דאיודה איזק

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

15428387

מספר ביקור:

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:34:10 23/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום
ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה
כיפוף, יציבות AP/ML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת
הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.
כאבים והגבלה בברך ימין

11/02/2025

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.

נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.

בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
Hand		Rt	CONTUSION
Knee		Lt	CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, כף יד ימין (אלכסון + AP)
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
25/03/2025 - בתוקף עד	הפניה לאביר / ציוד רפואי-ציוד עזר

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	C00024	27/02/2025	18/03/2025

ד"ר דאיודה איזק
אורתופד מומחה
מ.ר. 182
מ.ר. 108.4

מוזמן למעקב:

על פי צורך

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 1017 ס 260

ת.ז.ח.פ. מס' 326994257, מרחוב יציג שלם 6, א/א

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 24 לחודש 2 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X VesNA

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)

<u>32699257</u>	<u>וסנה</u>	<u>סטבנוביץ</u>	
שם האב	שם פרטי	שם משפחה	
<u>תעודת זהות</u>	<u>אזור</u>	<u>6/23</u>	<u>יצחק שדה</u>
<u>טלפון</u>	<u>עיר</u>	<u>מס'</u>	<u>רחוב</u>

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות 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: _____

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

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

תאריך: 24/2/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
חתימה: VESNA (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מ.ר. 62254