



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**באתר**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

מרץ 2025 03  
[Office@freiberg-law.com](mailto: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                        | דפים      |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                  |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> תאונה בעבודה | <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט          |
| <input type="checkbox"/> שכיר                    | <input checked="" type="checkbox"/> עצמאי         |
| <input type="checkbox"/> מתנדב                   | <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי |

**1 פרטי התובע**

|            |            |                                                       |
|------------|------------|-------------------------------------------------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| סלעטין     | אמה        | 326999257                                             |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני:                                        |
|            | 0548791710 | @                                                     |

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 |
|                  |                 |                  |

☐ 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 מהרשום במשרד הפנים**

|                |         |       |      |      |       |
|----------------|---------|-------|------|------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד |
|                |         |       |      |      |       |

**2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'**

**שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית**

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| שם מעסיק/ מפעל | תפקיד התובע במקום העבודה |
| עמותת א"ז זהר  | מנהל                     |
| רחוב / תא דואר | מס' בית                  |
| בן יוסף הנשיא  | 6                        |
| טלפון קווי     | טלפון נייד               |
| 035086860      |                          |
| מספר פקס       | מיקוד                    |
| 036511979      |                          |

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

**עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)**

|                |            |
|----------------|------------|
| שם העסק        | סוג העיסוק |
|                |            |
| רחוב / תא דואר | מס' בית    |
|                |            |
| טלפון קווי     | טלפון נייד |
|                |            |
| טלפון פקס      | מיקוד      |
|                |            |

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?  
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה | חודש | יום  
11 | 02 | 2025

היום בשבוע

שלישי

שעת הפגיעה

16:00

תאריך הפסקת עבודה

12/2/25

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ בדרך לביתך בת ים, שכונת יוסטל גילוי 200

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר השטח המיועד לשיכון  
התאונה אירעה בדרך לביתך ביום 11/02/2025 בשעה 16:00  
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט התאונה אירעה בדרך לביתך ביום 11/02/2025 בשעה 16:00  
התאונה אירעה בדרך לביתך ביום 11/02/2025 בשעה 16:00

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

שנה | חודש | יום  
11 | 02 | 2025

שם מקבל ההודעה

מס"ד נא"ה

תפקיד

מנהל מילואים

טלפון

4

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

|                                |                                       |                                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| האיבר שנפגע                    | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) |
| חזה, זרוע, כף יד ימין          | חבלות                                 | צוות נק"מ                                         |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה | תקופת אשפוז                           | שם בית החולים / מחלקה                             |
| 25/02/11 שנה חודש יום          | יום                                   | מיון וולנסון                                      |
| 1600 שעה                       |                                       |                                                   |

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

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

|              |                    |                           |              |
|--------------|--------------------|---------------------------|--------------|
| שם הרופא     | תחום המומחיות      | כתובת המרפאה              | טלפון המרפאה |
| ד"ר אופי כצמ | אורתופדיית כתף     | שבה טופלתי או אני מטופל   |              |
| צ'קא'צה איוק | כירורגיה אורתופדית | אישט"ן 4, ת"ש             | 035010383    |
|              |                    | זית רונאה, ויצמן, תל אביב |              |

5

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן  
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר  
 אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

|                   |                 |           |
|-------------------|-----------------|-----------|
| שם גורם מסייע     | כתובת           | טלפון     |
| ח'ט' אריאל פרייזר | אזא ה"א, רמת גן | 037412358 |

6

פרטים על תאונה

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| סוג התאונה | <input checked="" type="checkbox"/> תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.<br><input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות<br><input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> פגיעה מבעל חיים <input type="checkbox"/> אחר<br><input type="checkbox"/> תאונה בבניין שם האתר 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 כתובתו 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

פירוט העיסוקים

7

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

|          |      |          |      |
|----------|------|----------|------|
| עד תאריך |      | מתאריך   |      |
| שנה      | חודש | שנה      | חודש |
| יום      | יום  | יום      | יום  |
| עד שעה   |      | עד תאריך |      |
| שעה      | דקה  | שנה      | חודש |
| יום      | יום  | יום      | יום  |
| עד שעה   |      | עד תאריך |      |
| שעה      | דקה  | שנה      | חודש |
| יום      | יום  | יום      | יום  |

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך \_\_\_\_\_ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח 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 x \_\_\_\_\_

9

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

שמות בעלי החשבון

|         |                   |          |            |
|---------|-------------------|----------|------------|
| שם הבנק | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|         |                   |          |            |

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

10

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

**הצהרת התובע/מגיש התביעה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (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 בידועין 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 ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

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 \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

|            |            |                  |            |
|------------|------------|------------------|------------|
| שם פרטי    | שם משפחה   | מספר זהות<br>ס"ב | קרבה לתובע |
|            |            |                  |            |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני:   |            |
|            |            |                  |            |

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר : צו אפוסטרופוסות, 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 - ימלא התובע)**

**1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל**

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה  
מקום הפגיעה: שטח יבולת ג'ורג' 112 כנסיית הקדש שעת הפגיעה 16

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: מסלול 28 בתיאור

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: ג'ורג' 112

האם נכחו עובדים נוספים 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                  |
| <u>מנהל</u>       | <u>סימון בתיאור הקדש</u> | <u>שעת היציאה</u>                  | <u>שעת החזרה הצפויה</u> |

☐ תאונה 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? 15:30 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

**2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

שם המפעל / המעסיק מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 1.11.18 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-% 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 48

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

| חודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא                           |                          | שכר ברוטו החייב בדימי ביטוח לחודש זה בש"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו |      |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
|                              |                            | יומי                                | חודשי                    |                                           | לחקופה                                           | סכום |
| חודש 10/24                   | 18                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4184.80                                   |                                                  |      |
| חודש 11/24                   | 10                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2597.99                                   |                                                  |      |
| חודש 12/24                   | 14                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3415.80                                   |                                                  |      |
| חודש 1/25                    | 13                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3181.80                                   |                                                  |      |

☒ העובד שב לעבודה בתאריך העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט 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 שוגר טופס 100: כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר מספר טלפון:

דואר אלקטרוני: חתימת המעסיק תאריך שם ותפקיד החותם חתימה וחותמת ל זהב שירותי מערך רווחה (ע"ר)

ל זהב שירותי מערך רווחה (ע"ר)  
חתימה וחותמת  
ג'ורג' 112

3

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בנון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 73.69

☐ 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)

4

**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 \_\_\_\_\_

לב זהב שרתי סיעוד ורווחה (ע"ד)

מפניין גמליה

חתימה וחותמת

שם החותם אסתר

תפקיד החותם מנהל סניף

תאריך 2.3.25

5

**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)

**קיבוצי:**

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

**חתימת המעסיק וחתימת \***

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

|                                                                                                                                                                            |                 |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------|
| קוד גמלה                                                                                                                                                                   | מספר זהות/דרכון | תאריך הפגיעה                    |
| 60                                                                                                                                                                         | 326449257       | שנה חודש יום<br>5 2 2 0 2 5 1 1 |
| שם משפחה                                                                                                                                                                   | שם פרטי         |                                 |
| פזנאט                                                                                                                                                                      | יסנה            |                                 |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                            |                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ |                 |                                 |

2 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 אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

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

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 |                   |              |

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

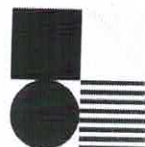
פרטי הולכי רגל  
שיוך המעורב  
ז.ת.  
שם מלא  
שנת לידה  
כתובת  
קופ"ח / בית  
חוליס  
חומרת הפגיעה

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<br>מ.ר. 34736 | אח/ות אחראית: ניסימוב<br>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<br>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 פרנכימיים. 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: סטנבוץ       | 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<br>בטן<br>ואגן | 11/02/2025 | <p>תאריך הפענוח: 11.02.2025 שעת הפענוח: 19:26:33 גרסת מסמך: 01</p> <p>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 פרנכימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות.</p> <p>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.</p> <p>ד"ר סעיד חאלד מספר רשיון: 167311</p> |

## 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<br>16:39 | 11/02/25<br>16:32 |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| הזן 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 |

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

\* 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 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

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<br>לאתר המטופל | 17:25:35 13/02/2025<br>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

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     |                   |                           |

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

מומחה 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

העתק טופס  
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0042340836



120927



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     |  | 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 טל. שירותי חירום

תאריך: 19/02/2025

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר  
דיגיטלי  
**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 | טל.עבודה/נייד: 0528580179 |
| כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור | מיקוד: 5801203     |                   |                           |

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

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 | נמצא בטיפול מיום 14/02/2025           | שם הרופא המטפל שילוח |
| 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     |                   |                           |
|                            |                    |                   |                           |

**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<br>לאתר המטופל | 14:34:10 23/02/2025<br>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



43 رماٲ چان

הארגז

10514



IL 93:006-01

הארגז

10514

93-006-01

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: Ves NA  
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין