



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2025
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. במענה למכתבכם מיום 18.3.25 הריני מתכבד לפנות ולצרף מסמכים כדלקמן:
2. מכתב מהמעסיק ובו פירוט כמבוקש.
3. יומן עבודה.
4. כתובת מקום עבודתה ביום הפגיעה.
5. תלושי שכר.
6. כן, מצ"ב תיעוד רפואי נוסף ותעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה.
7. לעיוןך וטיפולכם המסור בהרכה ובביצוע התשלום אודה.

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

25 מרץ 25

לכבוד

פקיד תביעות
המוסד לביטוח לאומי.

ג.א.נ.,

הנדון: סטבנוביץ וסנה – ת.ז 326999257

ב- 11/2/25 בשעה 16:00 הגב' וסנה עברה תאונת עבודה.

1. הכתובת ממנה יצאה ז'בוטנסקי 28 בת ים, ברח' ז'בוטנסקי בבת ים עלתה על אוטובוס קו 43, היתה צריכה לרדת ברח' יוספטל בבת ים ולקחת אוטובוס 87 לרח' יצחק שדה 6 באזור.

2. מצ"ב יומן עבודה.

3. הכתובת בה עבדה ביום הפגיעה- ז'בוטנסקי 28 בת ים.

4. מצ"ב תלושי שכר.

בברכה,

מיכל כהן

מנהלת אדמיניסטרטיבית

עמותת לב זהב.


יוסף הנשיא 6 חולון 03-5086860
03-5086860



משרד החינוך והשכלה גבוהה

סניף	סניף בת ים
כתובת	בת ים, 0
טלפון	

מעמד אזרחי:
אזרח
קרבה לזכאית:

פרטי הזכאית	פרטי המטפלת
19797	מספר 14654
בזמן ינינה	שם סטבוביץ וסנה
306100298	מספר זהות 326999257
ליברנו 26/67 ד', 0	יצחק שדה, 0 6
בת ים	אזור
54-4543903	טלפון 0548791710

אל הועדה המקומית
ביטוח לאומי
בת-ים בי יפו

י"ח מעקב יומי לחודש
02/2025

מקסימום לחודש

ראשון	שני	שלישי	רביעי	חמישי	שישי	שבת
09:00 12:00	09:00 12:00	09:00 12:00		09:00 11:30		
3.00	3.00	3.00	2.50	8.50		

משעה
עד שעה
משעה
עד שעה
סה"כ

יום	חג	כניסה	יציאה	כניסה	יציאה	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימה שבועית
1 שבת (Sat)								שבוע 1
2 ראשון (Sun)		09:00	12:00			3		
3 שני (Mon)								
4 שלישי (Tue)		09:00	12:00			3		
5 רביעי (Wed)								
6 חמישי (Thu)		09:00	11:30			2.5		
7 שישי (Fri)								
8 שבת (Sat)								שבוע 2
9 ראשון (Sun)		9:00	12:00			3		
10 שני (Mon)								
11 שלישי (Tue)		09:00	12:00			3		
12 רביעי (Wed)								
13 חמישי (Thu)								
14 שישי (Fri)								
15 שבת (Sat)								שבוע 3
16 ראשון (Sun)								
17 שני (Mon)								
18 שלישי (Tue)								
19 רביעי (Wed)								
20 חמישי (Thu)								
21 שישי (Fri)								
22 שבת (Sat)								שבוע 4
23 ראשון (Sun)								
24 שני (Mon)								
25 שלישי (Tue)								
26 רביעי (Wed)								
27 חמישי (Thu)								
28 שישי (Fri)								

סה"כ שעות 14.50

ב/בת משפחה	אישור המטפלת	הצהרת המטפלת לגבי קרבת משפחה למטפלת	אישור מנתן השרות
ום החותם אינו/אינה מטופלת בעצמה/ת	סטבוביץ וסנה	הנני מצהיר כי אין קרבת משפחה כלשהיא ביני לבין המטופלת/לדיו מלאתי יומן עבודה זה	שם
שם	שם	הודעתי לנוותן השרותים על קרבה למטופלת ומלאתי הצהרה על סוג הקרבה	חתימת השרותים
	חתימה	הנני מצהיר/ה שאני לא עובדת/ת בחברת סיעוד אחרת	חתימת המטפלת
קרבה לזכאית	תאריך 02.03.25	הנני מצהיר/ה שאני עובדת/ת בחברת סיעוד אחרת, מצייב אישור על שעות עבודתי	תאריך 02.03.25



סניף	סניף בת ים
כתובת	בת ים, 0
טלפון	

מעמד אזרחי:
אזרח
קרב לזכאית:

פרטי המטפלת	פרטי הזכאית
מספר 14654	22056
שם סטנובין וסנה	רובין יורם
מספר זהות 326999257	067173294
יצחק שדה, 06	זבטינסקי, 028/2
אזור	בת ים
טלפון 0548791710	03-5074642

אל תועדה המקומית
ביטוח לאומי
בת-ים ג' יפו

י"ח מעקב יומי לחודש
02/2025

מקסימום לחודש

ראשון	שני	שלישי	רביעי	חמישי	שישי	שבת
12:30 16:30		12:30 16:30		12:30 17:15		
4.00		4.00		4.75		12.75

משעה
עד שעה
משעה
עד שעה
סח"כ

יום	חג	כניסה	יציאה	כניסה	יציאה	סח"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת שבוטית
1 שבת (Sat)								
2 ראשון (Sun)		12:30	16:30			4		
3 שני (Mon)								
4 שלישי (Tue)		12:30	16:30			4		
5 רביעי (Wed)								
6 חמישי (Thu)		12:30	14:15			4.75		
7 שישי (Fri)								
8 שבת (Sat)								
9 ראשון (Sun)		12:30	17:30			5		
10 שני (Mon)								
11 שלישי (Tue)		12:30	15:30			3		
12 רביעי (Wed)								
13 חמישי (Thu)								
14 שישי (Fri)								
15 שבת (Sat)								
16 ראשון (Sun)								
17 שני (Mon)								
18 שלישי (Tue)								
19 רביעי (Wed)								
20 חמישי (Thu)								
21 שישי (Fri)								
22 שבת (Sat)								
23 ראשון (Sun)								
24 שני (Mon)								
25 שלישי (Tue)								
26 רביעי (Wed)								
27 חמישי (Thu)								
28 שישי (Fri)								

סח"כ שעות 10.75

אישור המטפלת	הצחרת המטפלת לגבי קרבת משפחה למטפלת	ב/בת משפחה ום חרותם אינן/אינה ומטפלת בעצמה/ה
סטנובין וסנה	הנני מצהיר כי אין קרבת משפחה כלשהיא ביני לבין המטפלת/לדיו מלאתי יומן עבודה זה	
שם	הודעתי לנותן השרותים על קרבה למטפלת ומלאתי הצהרה על סוג הקרבה	שם
חתימה	הנני מצהיר/ה שאני לא עובדת בחברת סיעוד אחרת	
תאריך 02.07.25	הנני מצהיר/ה שאני עובדת בחברת סיעוד אחרת, מצייב אישור על שעות עבודתי	קרבה לזכאית

מסמך מס' 101 - מסמך מס' 14/2/25 - 9

חברת: עמותת לב זהב בת ים 510		מס' עובד: 14654		עובד: סטבנוביץ וסנה	
ת.פ. 580237667		חודש שכר		כתובת: יצחק שדה 6	
תיק ניכויים: 935237073		נובמבר 2024		אזור	
תיק ב. לאומי: 935237073		אגף:		מחלקה: מחלקה כללית 0	
אתר:		תפקיד:		תת מפעל: 084	

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים		תעודת זהות	
32.80		תעריף שעה		מס' עובד		326999257	
				מס' ארצות		10-827	
				מס' כן		1880724	
				מס' 0		14/06/66	
				מס' 1		01/11/18	
				מס' 100			
				מס' 6.01			
				מס' 6.01			
				מס' 182			
				מס' 21.6			
				מס' 39.01			
				מס' 097			
				מס' 030			

ניכויי חובה					
קוד	תיאור	בסיס	אחוז	חברת	ניכוי חודשי
080	ב.לאומי	2597.99		92.23	10.00
	ב.בראות				81.00
	מיטב דש	2453.99	6.50	363.93	147.24
	פיצויים - מידע				
	שכר מבטוח	32147.00			
	הפקדה ללא מס	204.42			
סח"כ					238.24

מירוס התשלומים					
ק	תיאור	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות
	ימי עבודה				10.00
	מחלה רגילה				1.00
	מחלה רגילה				1.00
	שעות ב.לאומי		32.80		71.00
	נסיעות				1.00
	תשלום מחלה				2.00
סח"כ					2597.99

ניכויים אישיים					
קוד	תיאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה
סח"כ					

מגטברים					
קוד	תיאור	חברת	אחוז	קופה	ברוטו למס
	פנסיה		6.5		36715
	מס' 32147				36715
	מס' 4568				36715
	מס' 47				36715
	מס' 2.75				36715
	מס' 35				36715
	מס' 225				36715
	מס' 147				36715
	מס' 1139				36715
סח"כ					2597.99

זכאויות כח אדם					
קוד	תיאור	מסכה	י קדמת	זיכוי	ניצול
	חופש	15.00		0.62	14.32
	מחלה	18.00		1.50	71.19
	הבראה	7.00		0.29	1.31
סח"כ					2597.99

מגטברים					
קוד	תיאור	חברת	אחוז	קופה	ברוטו למס
	פנסיה		6.5		36715
	מס' 32147				36715
	מס' 4568				36715
	מס' 47				36715
	מס' 2.75				36715
	מס' 35				36715
	מס' 225				36715
	מס' 147				36715
	מס' 1139				36715
סח"כ					2597.99

חודש עבודה		סח"כ	
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

תשלום מספר 1

קוד גישה 326999257

חברת: עמותת לב זהב בת ים 510	מס' עובד: 14654	עובד: סטבנוביץ וסנה
תיק ניכויים: 935237073	חודש שכר: דצמבר 2024	כתובת: יצחק שדה 6
תיק ב. לאומי: 935237073		אזור
תפקיד: אתר:	אגף:	מחלקה: מחלקה כללית 0
תת מפעל: 084		

מרכיבי שכר	תעריפים	נתונים אישיים	תעודת זהות
	תעריף שעה 32.80	מס' מזהה 326999257	10-827
		מס' עובד 100	1880724
		מס' תאריך 01/12-31/12	14/06/66
		מס' תאריך 01/11/18	01/11/18
		מס' תאריך 097	097
		מס' תאריך 030	030

ניכוי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חפשי	ניכוי מצטבר
080	ב.לאומי	3415.20		121.24	14.00
	ב.בראות	3247.20	6.50	481.56	106.00
	מיטב דש	35394.00			194.83
	פיצויים - מידע	270.49			
	שכר מבוטח				
	הפקדה ללא מס				
סח"כ					314.83

פירוט התשלומים					
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז
0219	ימי עבודה				
0124	שעות ב.לאומי			32.80	
0125	נסיעות				
סח"כ					3415.20

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה
סח"כ					

זכאויות כח אדם					
תאור	מכסה	י קדמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופש	15.00	14.94	0.70	15.64	
מחלה	18.00	70.69	1.50	72.19	
הבראה	7.00	1.60	0.33	1.93	
סח"כ					3100.37

מצטברים					
תאור	ברוטו	חפשי	אחוז	וקיפה	ברוטו למס
פנסיה	35394	2301	6.5		40130
					5880.02
					35394
					4736
					47
					2.75
					4013
					35
					225
					161
					4013

למען מצוי וכיולותיך בביטוח הלאומי נא לודא שפרטית האישיים
הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 326999257

תלוש מספר 1



תאור	תקופה	אחוז/נקי	תקופה	אחוז

SYNEL LTD. תכנון וביצוע במערכת השכר של
תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400

אישורי מס				
תאריך	תקופה	אחוז/בנק	תקרה	אחוז


 SYNEL LTD.

תכנון וביצוע במשרד השכר של
 חתם ארזי מלחין 01-7655100 חתם מלחין 04-8475400

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכיים	טלפון קווי
אח"ת זר	3752320	10101010101010101010
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס
בין יוסף העשירי 6	חולון	10101010101010101010

לכבוד קופת חולים / בית חולים מכאן נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

2 פרטי החובט

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
סולומון	אסף	זכר ☐ נקבה ☒	72512199963

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך 15/08/2020 בשעה 16:00 כאשר עבד ב מפעל סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה

תיאור התאונה: בת ים שפ' יוסף אילן 211 בנתיב חילוץ
אחרי התאונה - לאחר סיום חקירה אצל גאון יורם אילן
לפי אול"ב 43 ק"מ 43 ק"מ ירצה להוסיף לפרט נכס אילן
הקניין הנכס של האול"ב. הניב באם בחשד ואף אצבע (נחלק)
האיבר שנפגע כף יד ימין, חזה, כף אגודל

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

תאריך 18.2.20 תפקיד החותם נחלק סג"ר שם החותם נחלק סג"ר חתימה וחותמת נחלק

לב זחב שירותי סיוע וזיווחה (ע"ד)
מוסייב נטליה
מנהלת שלוחת חולון בת ים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

ד"ר שילוח פארג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבוביץ	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

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל) כ	שם המעביד וכתובתו לב זהה 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				

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.
שיכון 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

19/02/2025
10:31:43
מסמך אושר דיגיטלית
מוכיח

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



027882



טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

דר' שילוח פארג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

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 8/23, אזור	מיקוד: 5801203		

תאונת עבודה

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

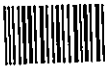
19/02/2025

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.

19/02/2025
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה



018291



קוד הפניה: 426823015

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

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

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - יד

תחום שירות:

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 כאבי 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

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

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

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

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

===

אוסטאופניה.

שינויים ביוניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5. לא הודגם שבר או פריקה.

המשך טיפול

ממליץ:

המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

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

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

אבחנות:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee



מסמך אוטורי
דיגיטלי
מאובן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

קוד הפניה: 426823015

טלפון: 03-5010383

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבוביץ	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		

התייעצות מומחה

מעש/ת: כן

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 - סח -

- 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

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: ג

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/03/2025 עד תאריך - 20/09/2025

ד"ר דאגדאג איזק

אזור פתח-שדה - מנהל

מ.ר. 18292

מ.ר. 10424

חותמת

24/03/2025

תאריך



קוד הפניה: 426822600

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

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

ריפוי בעיסוק

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 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

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

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

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

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

===

אוסטאופניה.

שינויים כיווניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5

לא הודגם שבר או פריקה.

המשך טיפול

ממליץ:

המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

אבחנות:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

- 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)

בעיות ידועות:

רגישויות:



מסמך אושר
דינמית
מכבי

קוד הפניה: 426822600

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבוביץ



0326999257

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: ב

ת.לידה: 14/06/1966

ת.לידה:

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

מיקוד 5801203

ריפוי בעיסוק

no - 26/02/2018

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: כן

מטרת ההפניה:

הערכה וייעוץ בתחום האורתופדי

24/03/2025

תאריך

ד"ר דאידורצ'אק
אורתופד - מומחה
מ.ר. 18291
מ.ר. 10622
חתימה וחותמת

קביעת תור לביקור ראשון באמצעות מוקד זימון תורים במכבי ללא הפסקה *3555 או 1-700-50-35-55

השרות ללא תשלום

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

www.maccabi4u.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי



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.ד.: 326999257	
ת.לידה: 14/06/1966		מין: נ		טלפון: 0528580179		טל.עבודה/נייד: 0528580179	
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור		מיקוד: 5801203		מיקוד: 5801203			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שם המעביד וכתובתו	שכיר	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.
 בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
 בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02
 ממצאים:
 ימין
 ===

אוסטאופניה.
 שינויים ניווניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.
 לא הודגם שבר או פריקה.
 המשך טיפול
 ממליץ:
 המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.
 אני מאשר שהנפגע הג"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: 30 ימים, היינו מיום: 19/03/2025

עד יום: 17/04/2025 (בכלל).

24/03/2025

תאריך הבדיקה

