

תאריך: 20/05/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
23/06/2025

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	טלפון: 0528580179
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	טל. עבודה/נייד: 0528580179
0326999257	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.
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.

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52
אין מניע לחזרתה לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

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: 23/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 35 ימים, היינו מיום: 18/04/2025

עד יום: 22/05/2025 (בכלל).

תאריך: 20/05/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
23/06/2025

דר' דאיזדה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



0326999257

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

מיקוד 5801203

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

20/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



העתק טופס
23/06/2025

ד"ר 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

זהו 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

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 24/03/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

לעיתק טופס
23/06/2025

ד"ר 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.
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 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: 30 ימים, היינו מיום: 19/03/2025

עד יום: 17/04/2025 (בכלל).

24/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

העתק טופס
23/06/2025

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:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



מיקוד 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

תאונת עבודה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	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	שם הרופא המטפל שילוח	שם הרופא המטפל שילוח

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

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



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

העתק טופס
23/06/2025

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:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל. עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



מיקוד 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

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

מ.ר. גורם מפנה
27/02/2025
מ.ר. גורם מפנה
27/02/2025

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.