



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יולי 2025 07
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 21/04/2025
הנפגע: לירן שם טוב, ת"ז 313450264
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

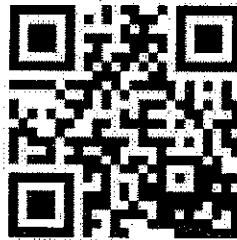
הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- ☞ תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ☞ מתנדב – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ 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 לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- ☞ לנחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

עמוד 1 מתוך 8

313 450 264

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

☐ תאונה בעבודה		☐ מחלת מקצוע, פרט	
☐ שכיר ☒ עצמאי ☐ מתנדב		☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
שם פרטי		שם משפחה	
ש"ב		ש"ב	
313450264		ש"ב 216	
דואר אלקטרוני		טלפון נייד	
liranstb@gmail.com		0525664592	
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		מס' זהות איש קשר	
ש"ב		ש"ב	
313450264		ש"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי הנדע 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/ ח"י		שם מעסיק/ ח"י	
רחוב / תא דואר		מס' בית	
כניסה		דירה	
יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד	
מספר פקס		מספר פקס	
☐ 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 אמורה לבצע)			
שם העסק		שם העסק	
רחוב / תא דואר		מס' בית	
כניסה		דירה	
יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד	
מספר פקס		מספר פקס	

2א'

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 הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
2024/02/19	תש"ט	22:30	19/12/24	21:15
שנה	חודש	יום		

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ בדרך לביתך ☐ היקף יציאת נהג תחילה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר הימונה / כתת תחנה נהגת, נהגת סלול
באמצעות / זיניי זיחוז מילי ד, כתת תחנה

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מספר), נא פרט זמני, זיחוז ד' היקף יציאת

כתת תחנה, ליה זכזזט מלל זיחוז מור טזיל, נלתי וקחלתי

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	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה	חודש	יום	

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

האיבר שנפגע	מהות התבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
לאט, בצמחון, אנה יני'ה	שכונת יוסף'ה	גר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
17/05/21 12:00	1/1	מחלקה
שנה חודש יום	שעה	
21/05/21 12:00		

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

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ר' יעקב רמז		שבה טופלתי או אני מטופל	

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונות ☐ 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 בנזק חשבוני או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

ח'ל'ק איהל כרייזרל

כתובת

24 אל' 7 חת'ין

טלפון

03 741 2358

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מהחודעה לחברת הביטוח.

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

שם הקבלן המבצע

תאונה בבניין שם האתר

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד

שם עורך הדין המטפל

כתובת

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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
05	01	25	05	01	25
עד שעה			עד תאריך		
משעה			שנה		
			חודש		
			יום		
עד שעה			עד תאריך		
משעה			שנה		
			חודש		
			יום		

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

שעות עבודתי במשלך יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

אין שם 216

שם הבנק

הכסף 30 כתר תחילה

מספר חשבון

מס' סניף

124677535

56

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

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 דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאות.

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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא יעביר מידע 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 6.7.25 חתימת התובע

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: ☐ 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: היכל הירוק 53 סניף 201
 שעת הפגיעה 21:15
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: הסניף 201
 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן
 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
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	שם הקבלן המבצע	

 תאונה בבניין: שם האתר שם הקבלן הראשי
 פגיעה בדרך לעבודה: ☐
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת?
 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא
 פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו
 הסיבה ליציאה המוקדמת:

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק
 תאריך תחילת עבודה: מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
 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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	סכום	ברוטו לתקופה	שם התשלום
		יומי	חודשי				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

 העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐
 העובד שב לעבודה בתאריך
 האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט
 העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא
 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

3

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

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

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ 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 _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____
(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 60	מספר זהות/דרכון 313 450264	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2024 02 01
שם משפחה של 216	שם פרטי ליין	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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 6.7.20 חתימת המבוטח x

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפלה. פרוט: שיעול	תיק מס': 140920	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 301214	תאריך ביקור Date: 20:53 20/12/2024
-----------------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. פארס חטיב פ	שם: לירן שם טוב תז: ID: 313450264	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
---	--------------------------------------	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0525664592 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
MVA	
Pulse: 87, O2sat: 100, BP: 135/88 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 08/05/1995 Age: 29 years 7 months	
Injury/Pain Exam: RIGHT WRIST : Direct blow to wrist, Pain started after 1 day, Pain is mild, Distal ulna NOT tender, Distal Radius tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space NOT tender, SnuffBox NOT tender, Metacarpals NOT tender, Is sensitive, No wrist swelling, No wrist Hematoma, No wrist Deformation,	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 29 בריא מחוסן ללא אלרגיה אתמול בזמן חזרה מעבודה בסביבות 22:00 היה בור בכביש נפל מאופניים קבל מכה בראש ויד ללא איבוד הכרה ללא חום כאבי ראש ללא ראייה כפולה, טשטשו ראייה ללא הקאות, התעלפות נותן שתן מעביר יציאות אוכל ללא כאבי חזה, קשיי נשימה === בדיקה גופנית: יציב הימודנמית עירני חיוני ללא מצוקה אישונים שווים מגיבים לאור טווח תנועת גלגל תקינה אצבע לאף תקין חתך שטחי במצח מצד ימין ללא דימום ללא סימני זיהום שפשופים באמה ימין ללא דימום ידיים כיפוף יישור תקין ללא הגבלה פרפוזיה שמורה	
NO snuff box tenderness,	
=== מהלך ודיון: שתן ללא סימני זיהום או התייבשות גלוקוזק 134 צילום אמה ללא שבר או פריקה מטופל יציב מרגיש טוב משוחרר לבית, המלצות: בכל החמרה במצב לפנות לבדיקת רופא חזרת מנוחה רפואה שלמה יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק	
Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)
Glucocheck, Urinalysis	

ראה צילומים

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Bandage with polydine

* Glucose: 134

Prescriptions

מרשמים שניתנו בסוף הטיפול:

* Mupirocin 2% (BACTROBAN) cream 2% 15 g application, 1 (One) ointment, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 7 (Seven) DAYS

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.

יש ליטול את משככי הכאבים לפי המרשם המצורף.

במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים. יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.

יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידים או ברגליים

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. פארס חטיב פ מ.ר. 172691

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תתיק # 140920

301214

#ביקור

20/12/2024

תאריך:

20:53

שעה:

חדר	קופ"ח כללית רופא מפנה/הקבוע ללא	שם לירן שם טוב תז 313450264 מין ז גיל 29 שנים 7 חדשים כתובת: סולד הנריטה 1 פתח תקווה נייד 0525664592 טל' בית	RR	%SaO2 100%	T/חום
			B/P לח"ד 135/88	דופק/P 87 סדיר	
	נפלה/ה				

PT 265301 16/04/24 Contusion of
shoulder , XR
PT 214807 09/02/23 UTI
PT 155600 30/08/19 Pain in joint,
nonspecific , XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

מטריאג'

20:54:17

רוני גולד

Allergies: NONE

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

תז 264***** כללית
ביקור 214 301
140920 תתיק 20/12/24 20:53
לירן ש



Dev. ID: 18347
20.12.2024
Seq. No: 14
Pat. ID: 21:27

SG 1.010
pH 8
LEU neg
NIT neg
PRO neg
GLU norm
KET neg
UBG norm
BIL neg
ERY neg

ביקור 214 301 (בחן)
הוזמן ב 20/12/2024 21:02:57
חולה לירן ש
תז 264*****
מזמין: שארס חטיב פ
קיבל: הדר אלמקיס
קופסה: כללית

Cilucocheck

שם: הדר
שעה: 21:19
תשובה: 134

Urinalysis

שם: הדר
שעה: 21:15

E andage with
polydine

שם: הדר
שעה: 21:30

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לביט חולים

פנוי באמבולנס

הופנה לרוממה

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימת חולה:



ד"ר ח'טיב פארס
מ.ד. 1-172691

חתימת וחותמת רופא

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מספר רשיון 83683
טלפון 03-9077200
פקס 03-9077201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא
תחום
כתובת
מראה
ד"ר אירינה שטרן
רופאת משפחה
יוסף שפרינצק, 38
שיכון עממי - פתח תקוה

תאריך: 19/05/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם טוב לירן
ת.לידה:	08/05/1995	ישוב:
מס בית:	1 / 1	ב טלפון:
מס זהות:	00313450264	מס זהות:
רחוב:	סולד הנריטה	פתח תקוה
טלפון נוסף:	52-5664592	טלפון:

מספר הפניה: 35336056801

גורם שולח



5336

מספר הפניה



035336056801

תז נבדק



0313450264

מספר רשיון



083683

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב-10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT ראש		10104005

המטופל מתלונן על בן 30 תלונה על ציפופים באוזניים: טרם יבוצע בדיקה א.א.ג.

סימנים חיוניים גובה 160 נמדד ב: 15/01/2025 משקל 60 נמדד ב: 15/01/2025 BMI 23.44

לחץ דם 132 / 75 נמדד ב: 15/01/2025

דופק 85 נמדד ב: 15/01/2025

28/01/2025 מתאריך: 99.53 eGFR 09/02/2020 עודכן ב: 60 (%)EF

ממצאים עיקריים אוזניים- צרומן רב, לא הודגמו תופיות

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
3883	TINNITUS
3804	CERUMEN

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
15/08/2021	NON HYPERACTIVE	ATTENTION DEFICIT DISORDER
15/08/2021		ANXIETY AND DEPRESSION

רגישויות ו/או תופעות לוואי

NOT KNOWN

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
22/12/2019	01/01/1197	exacerbation	ASTHMA
22/12/2019	01/05/2005	SUSP	CONVULSIONS/SEIZURES

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

19/05/2025

הודפס ע"י ד"ר אירינה שטרן

00313450264

הפניה לדימות

שם טוב לירן



מספר רשיון 83683
טלפון 03-9077200
פקס 03-9077201
מחוז דן-פ"ת

ד"ר אירינה שטרן
רופאת משפחה
יוסף שפרינצק, 38
שיכון עזמי - פתח תקוה

שם הרופא
ולחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 30/06/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם טוב לירן	מס זהות: 00313450264	גיל: 30.02	מין: ז
ת.לידה: 08/05/1995	ישוב: פתח תקוה	רחוב: סולד הנריטה	טלפון נוסף: 52-5664592	מס בית: 1 / 1	ב טלפון: 52-5664592

תאריך תאונה 19/12/2024

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35336058405

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5336



035336058405



0313450264



083683

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הלל להתייעצות בשל

תלונות בן 30, רקע תאונת דרכים עם פגיע ראש, טרם יבוצע בדיקה CT ראש ובדיקה א.א.ג - תלונה על ציפצופים באוזניים, בדיקה נירולוגי ללא ממצא, יעוץ בהתאם בירור

סימנים חיוניים: גובה 160 15/01/2025 משקל 60 15/01/2025 bmi 23.44

לחץ דם 75 / 132 15/01/2025

דופק 85 15/01/2025 סדיר

28/01/2025 מתאריך 99.53 eGFR 09/02/2020 עודכן ב 60 (%)EF



ממצאים מתאריך 15/01/2025

ממצאים מתאריך 31/12/2024

שיפשוף ביד ימין - פצעים עם קליפה

נירולוגי אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, ללא ניסטגמוס,

פנים סימטריות, עצבים קרניאלים שמורים, כוח גס ותחושה שמורים, ללא סימני

צד, תפקודי מוחון תקינים, הליכה וציבה תקינים

15/01/2025

30/06/2025

אוזן ימין/שמאל-ללא זקירות או אודם, רגישות בטרנסדוקטור ובהנעת האפרכסת אודם

ונפיחות בתעלה, תופית תקינה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
882	RT	LACERATION HAND
8590		HEAD TRAUMA
3883		TINNITUS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/01/2025

ההפניות שהופקו ב 31/12/2024

הפניה לרפואה יועצת - 70022-בדיקה רפואית - א.א.ג.

15/01/2025

30/06/2025

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

30/06/2025

הודפס ע"י ד"ר אירינה שטרן

00313450264

שם טוב לירן

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, א'רן שם 216, מרחוב סלז מר/ה 1 פזח 111, ת.ז. מס' 313450264, להחתם באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל וחובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מחליף הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
 2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
 3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
 4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
 5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
 6. לחזמן עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
 7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
 8. 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.
 9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
 10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
 11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
 12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המזכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
 13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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 6 לחודש 7 שנה 2025

X  חתימה:

עו"ד אריאל בריינברג
מס' רשיון: 62254

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>שם משפחה</u> שם	<u>שם פרטי</u> שם	<u>תעודת זהות</u> שם האב	<u>מס' ת.ז.</u> טלפון
שם	שם	שם	שם
המורה ט/ק	1	מיקוד	057566454
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 6/7/25 עד לחתימה וסיווג פרטיות חתימה: X _____

מס' רשיון: 62254