



אישור שליחת פקס

18 עמודים
7/7/2025 19:30

FAXCORE זיהוי מקבל
MyFax זיהוי שולח

אל 03-9114822
מאת אריאל פרייברג



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.

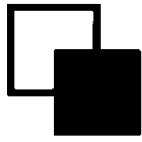
*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

עמוד 1



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

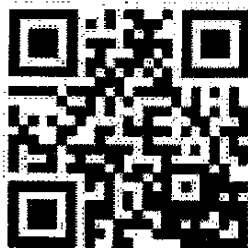
הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

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 ובה"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 עבור 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 בז/73: "ייפוי כוח וזיתור 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.

לדיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) 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).
- ☞ לנוחיותך, 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 בז/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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

עמוד 1 מתוך 8

313450264

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									
0 1									

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 משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
שם 206		שם 313		313450264	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		0525664592		liranstb@gmail.com	
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. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות במשאי 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 חקירת העבודה – אם אינך יועצה עם נחיתת הביטחון, אנא מלא סעיף 2א'					
שם מעסיק/ חברה					
תפקיד התובע במקום העבודה					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
				יישוב	
				מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		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 איננה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק			
שם 206		שם 313			
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
				יישוב	
				מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		טלפון פקס	
		0525664592			

'κ23

4 פרטי הטיפול הרפואי (למילוי על הפנייה הראשונה לטיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
לאט, בצמחון, אבה ימית	שכמות יסודית	רס
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
2024/01/17 שעה 17:05	11/1	
שנה חודש יום	☐ כן, פרט ממח סבלת ומתי ☒ לא	

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

5 פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ר' יצחק רמון		שבה טופלתי או אני מטופל	

סיקור ויצוג בהגשת תביעה

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 בל 73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושא הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ר' יצחק רמון	א.ל.ה. 7 חתין	03 741 2358

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והערנק מהחודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☒ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____ ☐ 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 _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

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

7

פירוט העסקה

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

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

_____ עד שעה: _____

_____ משעה _____ עד שעה: _____

_____ עבודה במשמרות

8

הצהרה לנזיל ע"י הנתונים או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת 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 *

9

כל תשלום שיוכח לי מהמוסד לביטוח לאומי ככך תביעה או אבקש להעביר לחשבון הפרטי השותף מטה

שמות בעלי החשבון

אין שם 216

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

הכסף 30 כתיב תחילה

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

10

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

☐ עיוור / נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/תובעת

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למזון 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 מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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 יעודכן 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 X

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: צא 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

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה ☐ **הפגיעה אירעה בתוך המפעל** ☒

מקום הפגיעה: פינת רחבה 53 ברח' ז'בוטינסקי

שעת הפגיעה: 21:15

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: הסניף 15 חולון

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

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 <td>שעת החזרה הצפויה <td>שם הקבלן הראשי <td>שם הקבלן המבצע </td></td></td>	שעת החזרה הצפויה <td>שם הקבלן הראשי <td>שם הקבלן המבצע </td></td>	שם הקבלן הראשי <td>שם הקבלן המבצע </td>	שם הקבלן המבצע

תאונה בבניין: שם האתר _____

פגיעה בדרך לעבודה: ☐ פגיעה בדרך החזרה לעבודה: ☐ באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____

האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא ☐ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

הסיבה ליציאה המוקדמת: ☒ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____

2

פרט שכיר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכיים במסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבות ההיעדרות: _____

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

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

החודש, מלל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		ללקוחה	שם התשלום
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 ☐

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ מספר טלפון: _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא ☐ שם איש קשר לביחור פרטי שכר _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____ שם ותפקיד החותם _____

תאריך _____ חתימת המעסיק _____ חתימה וחותמת _____

3

פרטים על חשבונית 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 ידם כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

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

5

פרטים מעסיק מורשה מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמם 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 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

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
19/12/2024 שנה חודש יום	313450264	60
שם פרטי	שם משפחה	
לירן	של 216	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ 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 אודותי.

תאריך: 6.7.25 חתימת המבוטח: *

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

תלונה: נפילה. 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	Name : שם: לירן שם טוב ID: 313450264 תז:	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:

Contact Infoפרטי קשר
טל נייד: 0525664592 אימייל: אין

Diagnosisאבחנה
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
בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)
Tests done (results scanned on actual chart)
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

#תיק 140920

301214

#ביקור

20/12/2024

תאריך

20:53

שעה

חדר	קופ"ח כללית רפא מפנה/חקבוע ללא	שם לירן שם טוב	RR %SaO2 100%	T/ton
	נפלה	תז 313450264 גיל 29 שנים 7 חדשים כתובת: סולד הנריטה 1 פתח תקווה נייד 0525664592 טל בית	לח"ר B/P 135/88	רופק/P 87 סדיר

PT 265301 18/04/24 Contusion of
shoulder , XR
PT 214807 09/02/23 UTI
PT 155800 30/08/19 Pain in joint,
nonspecific , XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

מטריאג

20:54:17

רני גולד

Allergies: NONE

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

204 *****
140920
20/12/24 20:53
לירן ש

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

SG 1.010
PH 8
LEU neg
HIT neg
PRO neg
GLU norm
KET neg
UBG norm
BIL neg
ERY neg

ב קו 301 214
הזמן 20/12/2024 21:02:57
חולה לירן ש
תז 264
מזמין שארם חטיב פ
קיבל הדור אלונקיים
קופה כללית

Glucocheck

שם הא שעה 21:19
תשובה 134

U rinalysis

שם הא שעה 21:15

E andage with
polydine

שם הא שעה 21:35

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מציין / יציב / החמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לבית חולים

פני באמבולנס

האפנה לרוממה

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

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

חתימת חולה:



ד"ר ח'יטוב פארוס
1-172691
מ.ר.

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
03-9077201

ד"ר אירינה שטרן
רופאת משפחה
יוסף שפרינצק, 38
שיכון עמנואל תל אביב

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

העתק 19/05/2025
מחזור אירינה שטרן

תאריך: 19/05/2025

הפניה לדימוס

שם המטופל:	שם טוב לירן	מס זהות:	00313450264	גיל:	30.00	מין:	ז
ת.לידה:	08/05/1995	רצוב:	סולד הנריטה	טלפון נוסף:	52-5664592	מס בית:	1 / 1
שם משפחה ופרטי:	שם טוב לירן	פתיח תקווה	52-5664592	טלפון:	52-5664592	מס בית:	1 / 1

35336056801

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5336



035336056801



0313450264



083683

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוס כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לשים לבדל!

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

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משנה	שירות רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT ראש	10104005

המטופל מתלונן על בן 30 תלונה על ציפצופים 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 עודק ב: 60 (%)EF

ממצאים עיקריים אוזניים- צרומן רב, לא הודגמו תופיות

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
3883	TINNITUS
3804	CERUMEN

בעיות פעילות

מ.גיל	אבחנה	מ.גיל
15/08/2021	NON HYPERACTIVE	1
15/08/2021	ATTENTION DEFICIT DISORDER	2
	ANXIETY AND DEPRESSION	

רגישויות ו/או תופעות לוואי

NOT KNOWN

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גיל	אבחנה
22/12/2019	01/01/1197	exacerbation
22/12/2019	01/05/2005	SUSP
		ASTHMA
		CONVULSIONS/SEIZURES

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוס

19/05/2025

הודפס ע"י ד"ר אירינה שטרן

00313450264

שם טוב לירן



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

ד"ר אירינה שטרן
רפאת משפחה
יוסף שפרניצקי, 38
שיכון עזמי - פתח תקוה

שם הרופא
ותחום
כתובת
מראה

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	ישוּב: 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 - מירולוגיה	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 ציפופים באוזניים, בדיקה מירולוגיה 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 ב עודכן 60 (%)EF

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 15/01/2025
ממצאים מתאריך 31/12/2024
שיפשוף ביד ימין- פצעים עם קליפה
מירולוגיה 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 וציבת תקינים
15/01/2025

30/06/2025

אוזן ימין/שמאל-ללא זקירות או אודם, רגישות בטרנס ובנהנת 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

י פ ו י כ ה

- אני החיימ, א'רן 216 ס 264, מרחוב טאג' (תח'ה) 1 ס 121 ז'בולג, ת.ז. מס' 313450164, ממנה בזה את עויד אריאל פרייברג ו/או להחת' באי כוחי במשפט של נגד בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי 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, 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. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות 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 לבוחרות ולחתום על שטר בודדין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
 6. להזמין 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 עויד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
 9. להוציא לפועל כל פסייד 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 עסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
 13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם תאגודות 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. לספל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימוני 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 ולמוגות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם תמשפט 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 כהניברג
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)

שם משפחה <u>שם 216</u>	שם פרטי <u>י' י' י'</u>	תעודת זהות <u>33650764</u>	שם האב <u>0575664572</u>
הערה ט/ק	מס' 1	מיקוד <u>כחמאל</u>	טלפון
רחוב	מס'	עיר	

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/או הסיעודי ומותיר להם בזאת מותר 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.

הגני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____

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

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

תאריך: 6/7/25 עד לחתימה וקניין מייקל פרינדרג חתימה: X 

מס' רשיון: 62254