

|                                           |              |                                  |
|-------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <p>חתימת קבלה</p>                         |              | <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> |
| <p>מספר זהות / דרכון</p> <p>209588847</p> | <p>פיצול</p> | <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>     |


**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 נפגעי פעולות איבה  
**תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה**

**1 פרטי התובע**

|            |            |                                                                                                                                                                                                                         |                         |
|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | מין                                                                                                                                                                                                                     | מספר זהות               |
| גיא/אן קטן | ויסה       | <input type="checkbox"/> זכר<br><input checked="" type="checkbox"/> נקבה                                                                                                                                                | 209588847               |
| תאריך לידה | מצב משפחתי | <input type="checkbox"/> רווק/ה<br><input type="checkbox"/> נשוי/אה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה<br><input type="checkbox"/> גרושה/ה<br><input type="checkbox"/> פרוד/ה<br><input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור | 2104198<br>שנה חודש יום |

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת**

|                |            |                |      |       |         |
|----------------|------------|----------------|------|-------|---------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית    | כניסה          | דירה | ישוב  | מיקוד   |
| היכל           | 8          |                | 5    | זת ים | 5948205 |
| טלפון קווי     | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: |      |       |         |
|                | 0546896600 |                |      |       |         |

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 מהכתובת המפורטת למעלה)**

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

שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)

קופת החולים בה אתה חבר

**2 פרטי הפגיעה**

|                           |                                                                       |                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה              | האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה?                          | האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?                                         |
| 119122024<br>שנה חודש יום | <input checked="" type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא | <input checked="" type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא |
| שם בית החולים             | תקופת האשפוז                                                          | עד יום                                                                |
| "שמיאל השומר"             | 22122024<br>שנה חודש יום                                              | 29122024<br>שנה חודש יום                                              |

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגינן אתה תובע גמלה

|                                                                                                                     |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל                                                                                      | מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת |
| הנזק בלתי נסגר על היסוד<br>הנזק בלתי נסגר על היסוד<br>כאבים ברגליים<br>קושי בהליכה ובעבודה<br>קושי ימנע מהרמת משאות | 237<br>תאריך רפואי                      |

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☒ לא ☐ כן, פרט

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה:

הוועדה הרפואית תדון רק בפגימות שהוכרו.

האם תסכים שרופא הועדה יקבע לך דרגת נכות רפואית על פי מסמכים בלבד מבלי לזמן אותך לדיון?

ל7 □ □

אנא חתום להבעת הסכמתך: חתימה ✕

(ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי, יתכן ויהיה עלי להגיע לבדיקה אם רופא הודעה ידרוש זאת)

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_  
☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.  
☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

**גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים**

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ☒ לא ☐ כן, פרט:

ממשרד האוצר ☒ לא ☐ כן, פרט: ☐

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?

☒ לא ☐ כן, ציין ממיי ושם עורך הדין שלך:

פרטי חשבון הבנק של התובע

|                         |                 |          |            |
|-------------------------|-----------------|----------|------------|
| שמות בעלי החשבון        |                 |          |            |
| ונסה ורון דיאמונד ניניו |                 |          |            |
| שם הבנק                 | שם הסניף/כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| מזרחי                   | בלפור 58 בת ים  | 425      | 541374     |

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, כעבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה. אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושי 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 נא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: 3.7.25 שם השותף: מספר ת.ז. חתימה: \*

קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

7

בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), רשאי הנכה להורות כי התשלומים המגיעים לאחר פטירתו ישולמו ל"בן משפחה" שהורה עליו הנכה.  
אם לא הורה הנכה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, לבן משפחה על פי הגדרתו בחוק הנכים (תגמולים ושיקום).

אני החתום מטה, מבקש כי תשלומים המגיעים לי לאחר פטירתי ישולמו לי:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר ת. זהות | כתובת | קרבה משפחתית |
|----------|---------|--------------|-------|--------------|
|          |         |              |       |              |
|          |         |              |       |              |
|          |         |              |       |              |
|          |         |              |       |              |

חתימת הנכה

הצהרה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.  
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לועדה בוודאו צ'אט

3.7.25

תאריך

חתימת התובע / מקבל הגמלה X

פ.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

|                                                                                                                                                                      |                              |                                       |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| קוד גמלה<br>13                                                                                                                                                       | מספר זהות/דרכון<br>209588842 | תאריך תביעה<br>שנה 5725 חודש 7 יום 30 | תאריך אירוע<br>שנה 5724 חודש 12 יום 19 |
| שם משפחה<br>קלאונק רינן                                                                                                                                              |                              | שם פרטי<br>יוסף                       |                                        |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                              |                                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                              |                                       |                                        |

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 3.7.25 חתימת המבוטח \* פ



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף נפגעי פעולות איבה  
בקשה לתגמול טיפול רפואי

### חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 3 מתוך 9

|                  |       |
|------------------|-------|
| מס' זהות / דרכון | פיצול |
| סוג המסמך        | דפים  |

### פרטי הנפגע

1

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                                                                                                                                                |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                        | שם פרטי         | מין                                                                                                                                                                                                            | מספר זהות ס"ב |
| קיאניק רני                                                                                                                                                                                                                                      | יוס             | זכר <input type="checkbox"/><br>נקבה <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                       | 209588847     |
| תאריך לידה                                                                                                                                                                                                                                      | מצב משפחתי      | רווקה <input type="checkbox"/><br>נשואה <input type="checkbox"/><br>אלמנה <input type="checkbox"/><br>גרשה <input type="checkbox"/><br>פרודה <input type="checkbox"/><br>ידועה בציבור <input type="checkbox"/> | 21041981      |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                |               |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                  | מס' בית         | כניסה                                                                                                                                                                                                          | דירה          |
| הרצ                                                                                                                                                                                                                                             | 81              |                                                                                                                                                                                                                | 5             |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                      | טלפון נייד      | דואר אלקטרוני                                                                                                                                                                                                  | מיקוד         |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 0546896600      |                                                                                                                                                                                                                | 5448205       |
| 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 ס"ב                                                                                                                                                                                           |               |
| <input type="checkbox"/> 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 מהכתובת המפורטת למעלה)                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                |               |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                  | מס' בית         | כניסה                                                                                                                                                                                                          | דירה          |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                                                                                                                                                |               |
| מיקוד                                                                                                                                                                                                                                           | יישוב           | דירה                                                                                                                                                                                                           | מיקוד         |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                                                                                                                                                |               |

2

### פרטי הנפגע ותקופות אשפוז

|                                   |                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה:                     | 19.12.24                                                                                                                                                                        |
| שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת) | ש"א ח' הט"א                                                                                                                                                                     |
| תקופת האשפוז                      | שם הרופא המטפל                                                                                                                                                                  |
| מיום                              | עד יום                                                                                                                                                                          |
| 27.12.2024                        | 29.12.2024                                                                                                                                                                      |
| שנה חודש יום                      | שנה חודש יום                                                                                                                                                                    |
| 27 12 2024                        | 29 12 2024                                                                                                                                                                      |
| שם הרופא המטפל                    | כלית <input type="checkbox"/><br>מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/><br>מכבי <input type="checkbox"/><br>לאומית <input type="checkbox"/><br>אחר <input type="checkbox"/> |
| רנן תיאוק רטאי                    |                                                                                                                                                                                 |

3

**בהשה לתט"ר לתקופות המפורטות**

מתאריך 19.12.24 עד תאריך 1.9.25  
 + 4.24

נצח איטלי וטא / א' כושר 3123

האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? ☒ לא ☐ כן

האם מעסיקך שילם לך "פיצוי/ימי מחלה" בגין מלחמת חרבות ברזל בתקופה זו? ☐ לא ☐ כן  
 במידה ושולם לך פיצוי מלחמה, נא לפרט את הסכומים בחלק המיועד לכך בדף האחרון בטופס.

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו? ☒ לא ☐ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך:

4

**הצהרת שכיר**

אני מצהיר בזאת כי:

- הנני מבקש תגמולים עקב החלמה או הזדקקות לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
  - ☒ בתקופות שצוינו לעיל נעדרתי מהעבודה בשל החלמה מפגיעתי.
  - ☐ בתקופות שצוינו לא עבדתי \_\_\_\_\_ שעות ביום בשל החלמה מפגיעתי.
  - אני מתחייב להודיע במידה ואחזור לעבודה.
  - לא שולם לי שכר או פיצוי אחר בעבור היעדרותי מהעבודה בתקופות שצוינו לעיל, למעט הפיצויים שפורטו בסעיף 3 לעיל.
  - ידוע לי שאם קיבלתי שכר בתקופת היעדרותי מהעבודה עקב הזדקקות לטיפול רפואי, הזכאות תועבר למעסיקי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 7)
- תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר ☒

5

**פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים) – אין למלא סעיף זה אם מדובר בבקשת עצמאי**

**עיסוק שכיר ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה**

| מס' נקודות זיכוי למס הכנסה | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | תקופת העבודה |        |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|--------|
|                            |                                         |                                         |                                         | מיום         | עד יום |
|                            |                                         |                                         |                                         |              |        |
|                            |                                         |                                         |                                         |              |        |
|                            |                                         |                                         |                                         |              |        |

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

- ☐ 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.

6

**הצהרת עצמאי**

אני מצהיר בזאת כי:

- הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה, עקב הזדקקות לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
- בתקופות שצוינו לעיל עבדתי / לא עבדתי \_\_\_\_\_ שעות ביום בעסקי, או בכל עיסוק אחר.
- אני מתחייב להודיע במידה ואקדים חזרתי לעבודה.
- ידוע לי שגובה התגמול לו אהיה זכאי יקבע על פי שיעור הירידה בהכנסתי בשנה בה נזקקתי לתגמול טיפול רפואי בהשוואה להכנסתי בשנה שקדמה לה. שיעור הירידה בהכנסתי יקבע על ידי השוואת 2 שומות ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק. על מנת לקבוע את שיעור הירידה בהכנסתי יהיה עלי להציג בפני פקיד תביעות שומות מאת שלטונות המס של השנים הנבחנו.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר ☒

7

### גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

לצורך חישוב זכאותך אנא פרט האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

ממשרד האוצר ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

מהתגמול טיפול רפואי ינוכו: גמלת נכות לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, גמלאות לפי חוק הביטוח הלאומי, חוק נכי המלחמה בנאצים, חוק נכי רדיפות הנאצים ופנסיה משירות קבע בצה"ל או משירות המדינה.

א. משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים:

☐ חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954

☐ חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957

☐ פנסיה לפי חוק שירות המדינה (גמלאות) תשט"ו - 1955

☐ פנסיה לפי חוק שירות הקבע בצה"ל (גמלאות) תשי"ד - 1954 בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

ב. ☒ לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

8

### פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון

נסה ורון דיאמונד ניניו

שם הבנק

מזרחי

שם הסניף/כתובתו

מס' סניף

425

מספר חשבון

541374

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז.

שם

אני מתחייב להודיע לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופה הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם הביטוח הלאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח הלאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי הביטוח הלאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי הביטוח הלאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

3.7.25

תאריך: שם השותף: מספר ת.ז.

חתימה

9 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועץ 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי.

☒ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני הטבות.

3.7.25

תאריך

חתימת התובע / מקבל הגמלה

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף נפגעי פעולות איבה  
כתב ויתור סודיות רפואית



שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

1

|                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                 |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------|
| קוד גמלה                                                                                                                                                                                                                                                     | 13       | מספר זהות/דרכון | 209588847 |
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                                     | קלאמן    | שם פרטי         | יוסה      |
| תאריך תביעה                                                                                                                                                                                                                                                  | 5/2/2025 | תאריך אירוע     | 4/1/2024  |
| <p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית             <input type="checkbox"/> מאוחדת             <input checked="" type="checkbox"/> מכבי             <input type="checkbox"/> לאומית             <input type="checkbox"/> אחר         </p> |          |                 |           |

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 3.7.25 חתימת המבוטח \*

## דרישת והצהרת מעסיק

לכבוד:  
פקיד תביעות  
מחלקת נפגעי פעולות איבה  
סניף \_\_\_\_\_

### 1 פרטי העסק

|                                                                                |                |                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| שם המעסיק                                                                      |                | מס' תיק ניכויים                                                                |           |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |                |                                                                                |           |
| פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)                   |                |                                                                                |           |
| שם הבנק                                                                        | שם הסניף/כתובת | מס' סניף                                                                       | מס' חשבון |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |                |                                                                                |           |
| כתובת                                                                          |                |                                                                                |           |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |                |                                                                                |           |
| רחוב/תא דואר                                                                   | מס' בית        | כניסה                                                                          | דירה      |
|                                                                                |                | ישוב                                                                           | מיקוד     |
|                                                                                |                | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |           |

### 2 פרטי הנפגע

|                                                                                |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| שם משפחה                                                                       | שם פרטי  | מין                                                           | תאריך הפגיעה                                                     | מספר זהות                                                        |
|                                                                                |          | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></div> |
| טלפון של איש קשר                                                               |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
| אנו מאשרים שהעובד נעדר מעבודתו ושולם לו שכר בתקופות המפורטות מטה:              |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
| מתאריך                                                                         | עד תאריך |                                                               |                                                                  |                                                                  |
|                                                                                |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
|                                                                                |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |
|                                                                                |          |                                                               |                                                                  |                                                                  |

### 3 הצהרה

אנו מאשרים כי העובד נעדר מעבודתו בשל אי כושר לעבודה כתוצאה מפגיעת האיבה בתאריכים שפורטו לעיל. שכר עבודה עבור ימים אלו שולם על ידינו.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **לא התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה, כמפורט בדף המיועד לכך בדף האחרון בטופס.

ידוע לנו כי החזר השכר יעשה על פי ממוצע השכר הרגיל של הנפגע 3 חודשים טרם הזדקקותו לתגמול. במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה / חופשה העובד יזוכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי.

אנו מבקשים החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו לטובת הנפגע עבור הטבות סוציאליות בתקופת האי כושר לעבודה. הננו מצהירים שנתוני השכר ונתוני ההעברות בגין התנאים הסוציאליים שמפורטים מטה הינם על פי תלושי השכר של העובד בתקופות היעדרותו מהעבודה. (מצ"ב תלושי השכר לתקופות הללו).

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת \_\_\_\_\_ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא ותפקיד בחברה: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת ✕ \_\_\_\_\_

פרוט השכר והתשלומים ששולמו בגין תנאים סוציאליים לכל חודש (חוד מלא)

פרטי הנפגע

|          |           |         |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|----------|-----------|---------|-------|----------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------|-----|--------------------------|--|
| שם משפחה |           | שם פרטי |       | מין<br>זכר <input type="checkbox"/><br>נקבה <input type="checkbox"/> |            | תאריך הפגיעה<br>____/____/____ |     | מספר זהות<br>ס"ב<br>____ |  |
| חודש     | שכר ברוטו | סכום    | בטל"א | ק. פנסיה                                                             | ק. פיצויים | ק. השתל"                       | אחר |                          |  |
|          |           | ב - ₪   |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב- %    |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב - ₪   |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב- %    |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב - ₪   |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב- %    |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב - ₪   |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |
|          |           | ב- %    |       |                                                                      |            |                                |     |                          |  |

## המחלקה לרפואה דחופה

|                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר.24070 | טלפון : 03-5302210 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי  | פקס : 03-5302055   |
| דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il     |                    |

## מכתב שחרור.

|                                |                            |                         |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| שם משפחה : דיאמונד נינו        | שם פרטי: ונסה              | ת"ז: 209588847          |
| גיל: 43                        | מין: נקבה                  | טלפון נייד: 0546896600  |
| תאריך ביקור : 07:27 19/12/2024 | מספר ביקור: 00780119122024 | קופת חולים : קופ"ח מכבי |
| כתובת: הרצל 81 בת ים 5948205   |                            |                         |

## אבחנות מסכמות

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

## אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה  
הערות: בת 43 מעדה במדרגות במהלך האזעקה הלילה  
נחבלה ברגליים  
כאב ונפיחות בקרסוליים

## סימנים חיוניים

|                  |     |
|------------------|-----|
| תאריך ושעה       | כאב |
| 07:46 19/12/2024 | 4   |

## אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' בן-נון ניצן מ.ר.181441 08:37 19/12/2024  
בת 43 בריאה ב-2020 שבר מסרק 5 רגל שמאל טופל שמרני היום בבוקר בזמן אזעקה נפלה במדרגות חבלת קרסוליים דו"צ ללא חבלת ראש או איבוד הכרה בדיקה בכיסא גלגלים שפשוף שטחי ברך שמאל קרסוליים נפוחים דיפוזית דוצ בעיקר פטישונים לטראליים שמורה עצבית דוצ דופק DP נמוש דוצ צילומים - שמאל - שבר פטישון לטראלי בלי תזוזה נראה WEBER A ימין - שבר פטישון לטראלי ופטישון אחורי קטן נראה כי בשני הצדדים אין פתיחה ואין תזוזה משמעותית ננסה להתקדם לצילום בעמידה צילומים בעמידה - ללא פתיחה, נראה כי הקרסול בעמדה טובה דו"צ נשים סד גבס דוצ תקבל מרשם למגפי דריכה תגיע בעוד שבוע לאחר הליכה עם מגפי דריכה דוצ ועם CT

## המלצות

### תאריך ושעה

### פרטים

19/12/2024 09:54  
הליכה עם מגף דריכה ב-2 רגליים וקביים  
ביקורת מרפאה ביום ה עם צילום בעמידה לפני הרופא  
CT-אמבולטורי דחוף הוזמן תקבל הודעה. במידה ולא מוקד זימון 035305000  
-שיכוך כאב  
-קירור מקומי  
-הרמה של הרגל  
-מעקב רופא משפחה  
-בכל החמרה לפנות לבדיקה

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

## תרופות מומלצות

| שם התרופה                                                        | אופן מתן | מינון   | תדירות     | משך    | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות                 | מרשם |
|------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------|--------|---------------|---------------|-----------------------|------|
| PARACETAMOL tab (Acamol) (Paracetamol [Acetaminophen])           | P.O      | 1000 mg | ביום 1 X 3 | 5 ימים |               |               |                       | ✓    |
| DIPYRONE tab (Optalgin) (Dipyrone [Metamizole])                  | P.O      | 1000 mg | ביום 1 X 3 | 5 ימים |               |               |                       | ✓    |
| IBUPROFEN tab (Ibuprofen)                                        | P.O      | 400 mg  | ביום 1 X 3 | 5 ימים |               |               | לפי הצורך לכאב בינוני | ✓    |
| TRAMADOL 50 mg orodispersible tab (Tramadex flashtab) (traMADol) | P.O      | 50 mg   | ביום 1 X 3 | 5 ימים |               |               | לפי הצורך לכאב חזק    | ✓    |

## טיפול תרופתי במלרד

| צורת מינון ומינון | תאריך ושעה                     | תזמון מהוראה                                                                                               | תרופה                                             |
|-------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1000 mg           | 19/12/2024 08:47<br>זוילי גלית | S.O.S Max Times Per Day:3 Min Interval Hours:8<br>Max Dosage:3000 mg Indication: כאב גב תחתון:<br>Gg6.6.6. | P.O DIPYRONE 500mg/ml oral sol (Optalgin) 1000 mg |
| 5 mg              | 19/12/2024 08:47<br>זוילי גלית | S.O.S Max Times Per Day:3 Min Interval Hours:8<br>Max Dosage:15 mg Indication: כאב גב תחתון:               | P.O OXYCODONE 2mg/ml syrup 5 mg                   |
| 500 mg            | 19/12/2024 08:47<br>זוילי גלית | Once                                                                                                       | P.O PARACETAMOL tab (Acamol) 500 mg               |

Nitzan Ben  
חתימה: Nun

נחתם ע"י: דר' בן-נון ניצן מ.ר. 181441

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תוקף הפללית בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שננתנה בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

**לבירור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי. אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות**

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.  
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: [hovot@sheba.health.gov.il](mailto:hovot@sheba.health.gov.il)  
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל  
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.  
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות  
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
בברכת בריאות שלמה  
משתחררים ממיון? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

## מרפאה אורתופדיה כללית

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647           | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי               | פקס : 03-5302825   |
| דוא"ל : orthopedic.devision@sheba.health.gov.il |                    |

## סיכום לרופא המטפל

|                               |                       |                         |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| שם משפחה : דיאמונד ניניו      | שם פרטי : ונסה        | ת"ז : 209588847         |
| גיל : 43                      | מין : נקבה            | טלפון נייד : 0546896600 |
| תאריך ביקור : 26/12/2024      | מספר ביקור : 26500236 | קופת חולים : קופ"ח מכבי |
| כתובת : הרצל 81 בת ים 5948205 |                       |                         |

## סיכום לרופא המטפל

209588847 דיאמונד ניניו ונסה

בת : 43

כתובת : הרצל 81 בת ים . בת ים 5948205

מספר קבלה : 26500236

תאריך ביקור : 26/12/2024 12:29

## אבחנות בביקור

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

## תלונה עקרית

מיון 19/12/24 ד"ר בן מן

בת 43 בריאה

ב2020 שבר מסרק 5 רגל שמאל טופל שמרני

היום בבוקר בזמן אזהקה נפלה במדרגות חבלת קרסוליים דו"צ  
לאחר החבלה הצליחה ללכת מעט  
כעת כאובה מאוד  
ללא חבלת ראש או איבוד הכרה

בדיקה

בכיסא גלגלים

שפשוף שטחי ברך שמאל

קרסוליים נפוחים דיפוזית דוצ בעיקר פטישונים לטראליים

שמורה עצבית דוצ

דופק DP נמוש דוצ

צילומים -

שמאל - שבר פטישון לטראלי בלי תזוזה נראה WEBER A

ימין - שבר פטישון לטראלי ופטישון אחורי קטן

נראה כי בשני הצדדים אין פתיחה ואין תזוזה משמעותית

נססה להתקדם לצילום בעמידה

צילומים בעמידה - ללא פתיחה, נראה כי הקרסול בעמדה טובה דו"צ

נשים סד גבס דוצ

תקבל מרשם למגפי דריכה

תגיע בעוד שבוע לאחר הליכה עם מגפי דריכה דוצ ועם CT

STATE OF ISRAEL  
SHEBA MEDICAL CENTER  
TEL-HASHOMER 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל  
המרכז הרפואי ע"ש שיבא  
תל-השומר 5265601, ישראל

\*\*\*חסוי רפואי\*\*\*

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

לאחר התייעצות עם ד"ר פרט  
שוחחתי עם בן הזוג של המטופלת -  
הסברתי שאפשר להוריד את המגף של רגל ימין ולהמיר בחבישה מרופדת במידה ולא מסתדרת עם המגפיים  
להיתמך הליכון  
להגיע לביקורת לפי התכנון

ביקורת 26/12/24 ד"ר ברזילי

השלימה CT משמאל שבר SER2 ללא פתיחה מדיאלית  
מימין שבר SER3 עם פרגמנט שאפו

השלימה צילומים בעמידה ללא פתיחה מדיאלית משמאל

במעבר ד"ר דריאנגל וד"ר מנסור  
פרגמנט שאפו לקיבוע מימין ובורג סינדסמוטי  
הוסבר למטופלת ובן זוגה -  
תתאשפז לצורך המשך טיפול ניתוחי

עודכן מנתח סוסיה מחר ד"ר בראון  
עודכנה לצום מחצות

#### המלצות

המלצה: אשפוז לצורך טיפול ניתוחי דחוף  
צום מחצות  
הכנה מלאה - לניתוח מחר בוקר

נחתם ע"י: דר' ברזילי רן מ.ר. 170185

חתימה: \_\_\_\_\_

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,  
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך

## סיכום לרופא המטפל

209588847 דיאמונד ניניו ונסה

בת: 43

כתובת: הרצל 81 בת ים . בת ים 5948205

מספר קבלה: 26500236

תאריך ביקור: 26/12/2024 12:29

STATE OF ISRAEL  
SHEBA MEDICAL CENTER  
TEL-HASHOMER 5265601, ISRAEL



\*\*\*חסוי רפואי\*\*\*

מדינת ישראל  
המרכז הרפואי ע"ש שיבא  
תל-השומר 5265601, ישראל

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי. ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il> מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 26/12/2024 13:04

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

## אורתופדיה ב

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647 | טלפון : 03-5302619 |
| אח/ות אחראי/ת : מר' בלייבר איגור      | פקס : 03-5302131   |

## מכתב שחרור

|                         |                        |                               |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה          | ת"ז: 209588847                |
| גיל: 43                 | מין: נקבה              | טלפון נייד: 0546896600        |
| תאריך אשפוז: 26/12/2024 | מספר קבלה: 2636700     | מספר ימי אשפוז: 4             |
| תאריך שחרור: 29/12/2024 | קופת חולים: קופ"ח מכבי | כתובת : הרצל 81 בת ים 5948205 |

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 29/12/2024

## אבחנות בקבלה

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

## פעולות/ציתוחים שבוצעו

FRACTURE, ANKLE BONES, CLOSED, ORIF 112388  
79.36 (Right) 27/12/2024

## בריאה בדרך כלל

## תלונה עקרית/מחלה נוכחית

בת 43, מתקבלת ממרפאות עם שבר קרסול SER2 מימין ללא פתיחה מדיאלית  
=====

בריאה

ב-2020 שבר מסרק 5 רגל שמאל טופל שמרני  
=====

בתאריך 19/12/2024 פנתה למיון.  
בזמן אזהקה נפלה במדרגות חבלת קרסולים דו"צ  
לאחר החבלה הצליחה ללכת מעט  
כעת כאובה מאוד  
ללא חבלת ראש או איבוד הכרה

נבדקה ע"י דר' בן נון במיון ושחררה עם המלצה להשלים CT ולהגיע לביקורת במוסדנו

ביקורת 26/12/24 ד"ר ברזילי

השלימה CT משמאל שבר SER2 ללא פתיחה מדיאלית  
מימין שבר SER3 עם פרגמנט שאפו

השלימה צילומים בעמידה ללא פתיחה מדיאלית משמאל

במעבר ד"ר דריאנגל וד"ר מנסור  
פרגמנט שאפו לקיבוע מימין ובורג סינדרסטומי  
הוסבר למטופלת ובן זוגה -  
תתאשפז לצורך המשך טיפול ניתוחי

## תוצאות מעבדה

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

| פרופיל       | בדיקה*                                                           | ערכי ייחוס | 28/12/24<br>08:25 | 28/12/24<br>08:18 |
|--------------|------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------|
| CBC          | WBC (K/microL)                                                   | 4.00-10.80 |                   | 12.06↑            |
| CBC          | RBC (M/microL)                                                   | 3.8-5.2    |                   | 3.43↓             |
| CBC          | HGB (g/dl)                                                       | 11.7-15.7  |                   | 10.87↓            |
| CBC          | HCT (%)                                                          | 34.9-46.9  |                   | 31.19↓            |
| CBC          | MCV (fL)                                                         | 80.8-100   |                   | 91.04             |
| CBC          | MCH (pg)                                                         | 26-32      |                   | 31.7              |
| CBC          | MCHC (g/dl)                                                      | 32-36      |                   | 34.9              |
| CBC          | RDW (%)                                                          | 10.9-15.7  |                   | 13.10             |
| CBC          | PLT (K/microL)                                                   | 130-440    |                   | 208               |
| CBC          | MPV (fL)                                                         | 6.5-11.1   |                   | 8.16              |
| CBC          | PCT (%)                                                          |            |                   | 0.17              |
| CBC          | NEUTRO% (%)                                                      | 40-74      |                   | 75.5↑             |
| CBC          | LYMPHO% (%)                                                      | 20-40      |                   | 14.1↓             |
| CBC          | MONO% (%)                                                        | 4.7-12.5   |                   | 9.5               |
| CBC          | EOS% (%)                                                         | 0-7        |                   | 0.6               |
| CBC          | BASO% (%)                                                        | 0-1.5      |                   | 0.3               |
| CBC          | Nucleated RBC (/100WBC)                                          | 0-0.3      |                   | 0.0               |
| CBC          | NEUTRO abs. (K/microL)                                           | 1.8-7.7    |                   | 9.11↑             |
| CBC          | LYMPHO abs. (K/microL)                                           | 1-4.8      |                   | 1.70              |
| CBC          | MONO abs. (K/microL)                                             | 0.2-1.0    |                   | 1.14↑             |
| CBC          | EOS abs. (K/microL)                                              | 0-0.5      |                   | 0.08              |
| CBC          | BASO abs. (K/microL)                                             | 0-0.2      |                   | 0.04              |
| CBC          | Nucleated RBC abs. (K/microL)                                    | 0-0.02     |                   | 0.00              |
| ביוכימיה בדם | Lipemia                                                          |            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם | Estimated Glomerular Filtration Rate CKD-EPI 2021 (ml/min/1.73m) | 60         | 116               |                   |
| ביוכימיה בדם | Icterus                                                          |            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם | Hemolysis                                                        |            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם | Urea -Blood (mg/dl)                                              | 15-45      | 35                |                   |
| ביוכימיה בדם | Creatinine -Blood (mg/dl)                                        | 0.51-0.95  | 0.56              |                   |
| ביוכימיה בדם | Glucose -Blood (mg/dl)                                           | 70-100     | 110↑              |                   |
| ביוכימיה בדם | Potassium -Blood (meq/l)                                         | 3.5-5.2    | 4.6               |                   |
| ביוכימיה בדם | Sodium -Blood (meq/l)                                            | 136-148    | 140               |                   |
| ביוכימיה בדם | Chloride -Blood (meq/l)                                          | 98-110     | 108               |                   |
| ביוכימיה בדם | Calcium -Blood, total (mg/dl)                                    | 8.1-10.4   | 9.0               |                   |
| ביוכימיה בדם | Phosphorus -Blood (mg/dl)                                        | 2.0-4.0    | 4.80↑             |                   |
| ביוכימיה בדם | Uric acid -Blood (mg/dl)                                         | 2.6-6.0    | 3.3               |                   |
| ביוכימיה בדם | Bilirubin -Blood, total (mg/dl)                                  | 0.1-1.1    | 0.60              |                   |
| ביוכימיה בדם | SGOT (AST) -Blood (U/L)                                          | 7-40       | 18                |                   |
| ביוכימיה בדם | SGPT (ALT) -Blood (U/L)                                          | 7-45       | 14                |                   |
| ביוכימיה בדם | LDH -Blood (U/L)                                                 | 100-260    | 212               |                   |
| ביוכימיה בדם | Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)                                | 45-115     | 73                |                   |
| ביוכימיה בדם | Protein -Blood, total (g/dl)                                     | 6.5-8.2    | 6.4↓              |                   |
| ביוכימיה בדם | Albumin -Blood (g/dl)                                            | 3.6-5.5    | 3.6               |                   |
| ביוכימיה בדם | Estimated Globulin -Blood (g/dl)                                 | 2.3-3.5    | 2.80              |                   |
| ביוכימיה בדם | Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)                                  | 275-295    | 292               |                   |

\* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

### מצב תפקודי ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

14:49 26/12/2024

נרשם ע"י אפרים דינה

תפקוד: עצמאי

ניידות: נייך ללא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

### סיכום ניתוח

13:00 13:00 27/12/2024

ב-27.12.24 נותחה בהרדמה כללית - ORIF קרסול ימין

### מהלך וטיפול

בת 43, ב-27.12.24 נותחה בהרדמה כללית - ORIF קרסול ימין

=====

שמאל - שבר פטישון לטרנלי בלי תזוזה נראה WEBER A - לטיפול שמרני.

=====

המטופלת עברה במחלקתנו את הניתוח המתואר במהלך ניתוחי תקין עם טיפול אנטיביוטי פריאופרטיבי.

מהלך בתר ניתוחי ללא אירועים חריגים עם שיפור קליני לאורכו, במהלכו טופלה בקלקסן במינון מניעתי. כמו כן, במחלקה תרגלה פיזיותרפיה - ללא דריכה על הרגל

ביום השחרור:

במהלך הביקור מרגישה טוב, ללא תלונות

מדדים אחרונים בנורמה, ללא חום

בבדיקתה:

מגף דריכה רגל שמאל- שמורה NV תחת מגף דריכה

רגל ימין תחת חבישה אלסטית, חבישות יבשות פצע ניתוחי במראה תקין,

שמורה NV דיסטלית

סובכים רכים ולא רגישים

מעבדה מה-29/12/24:

המוגלובין 10.87, ליוקוציטוזיס 12, טסיות בנורמה

קריאטנין 0.56, אלקטרוליטים בנורמה, אלבומין 3.6

לאור האמור לעיל, משתחררת לצורך מעקב מרפאתי ותרגול פיזיותרפיה במסגרת ביתית תחת ההמלצות המצורפות.

### המלצות כלליות

המלצה:

-טיפול פצע: שטיפה יומית של פצע במים פושרים זורמים וסבון אנטיביוטיאלי והחלפת חבישה סטרילית באופן יומי.

-פיזיותרפיה: המשך פיזיותרפיה ביתית - ללא דריכה על הרגל

-נוגדי כאב: משככי כאבים לפי צורך ולפי מרשם מצורף.

-ביקורת מרפאה: ביקורת מרפאת ד"ר לאו בר און שבועיים לאחר הניתוח עם צילום ביקורת לפי ההפניה המצ"ב,

הוצאת סיכום/תפרים בביקורת המרפאה.

-טיפול נוגד קרישה: קלקסן (CLEXANE) מניעתי 40 מ"ג פעם ביום למשך שלושה שבועות. אחת לשבוע יש לבצע

ספירת דם, במידה וירידת טסיות מתחת ל100K הפסקת טיפול קלקסן ויעוץ רופא מטפל.

-בכל החמרה סימפטומטית לרבות עליית חום מעל 38 מעלות או הפרשה עכורה מפצע ניתוחי, יש לפנות לבדיקת

רופא מידית במיון.

-המשך מעקב רופא מטפל וחידוש טיפול תרופתי קבוע.

-חופש מחלה 2 חודשים.

-אנו בצוות המטפל מאחלים לך החלמה מהירה וחזרה מיטבית לשגרה. גם אחרי חזרתך הביתה, אנחנו מציעים

להישאר איתנו בקשר באמצעות המרפאה האורתופדית הוירטואלית של שיבא BEYOND. אנו זמינים בשבילך לכל

שאלה או התייעצות בטלפון 03-5309662 בכל ימות השבוע בין השעות 08:00-22:00.

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

חופשת מחלה: 2 חודשים.

#### תרופות להמשך טיפול

| שם התרופה                                                                                            | אופן מתן | מינון     | תדירות     | משך     | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות | מרשם |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|---------|---------------|---------------|-------|------|
| ROKACET PLUS tab<br>(Paracetamol 500mg+Caffeine 50mg+Codeine 15mg)<br>(Paracetamol+Caffeine+Codeine) | P.O      | 1 tab/cap | 1 X 3 ביום | 10 ימים |               | 30            |       | ✓    |
| PREGABALIN cap (Pregabalin)                                                                          | P.O      | 75 mg     | 1 X 2 ביום | 6 ימים  |               |               |       | ✓    |
| DIPYRONE tab (Optalgin)<br>(Dipyrone [Metamizole])                                                   | P.O      | 1000 mg   | 1 X 3 ביום | 6 ימים  |               |               |       | ✓    |
| CLEXANE inj (Enoxaparin)                                                                             | S.C      | 40 mg     | 1 X 1 ביום | 21 ימים |               |               |       | ✓    |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

רופא: דר' רמו איל מ.ר.82088

חתימה:

נחתם ע"י: דר' מרגלית ניצן מ.ר.186395

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 05:55 29/12/2024

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול ויעוץ אונליין מהבית

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 20958847



למידע נוסף סרקו

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

מרפאה טראומה אורתופדית

|                                          |                    |
|------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' אוגורצין ולדיסלב מ.ר. 36297 | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי        | פקס : 03-5302825   |

סיכום לרופא המטפל

|                              |                      |                        |
|------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו      | שם פרטי: ונסה        | ת"ז: 209588847         |
| גיל: 43                      | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0546896600 |
| תאריך ביקור: 13/01/2025      | מספר ביקור: 26611247 | קופת חולים: קופ"ח מכבי |
| כתובת: הרצל 81 בת ים 5948205 |                      |                        |

אבחנות בביקור

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

ניתוחים

S/P FRACTURE, ANKLE BONES, CLOSED, ORIF 112388 (79.36) (Right) (27/12/2024)

תלונת החולה / תלונה עקרית

ב-27.12.24 נותחה בהרדמה כללית - ORIF קרסול ימין - פלטה לפטישון לאטרלי, בורג לפרגמנט שאפוט  
=====

13.01.2025 - שבועיים לאחר ניתוח

מרגישה טוב

בבדיקה:

רגל ימין ללא סמני DVT

ללא חסר NV דיסטאלי

צלקת תקינה

הגבלה בתנועה אנטאלגית

בצילום - ללא תזוזה משנית בשתי קרסוליים

רגל שמאל - טווח תנועה טוב

ללא סמני DVT

בצילום עמדה טובה

המלצות

המלצה: הליכה בדריכה מלאה עם WALKING BOOT לצורך הליכה בלבד

טיפול בפיזיותרפיה - לשיפור טווחי תנועה

המשך טיפול בקלאקסן עד 3 שבועות מהניתוח עם מעקב D.O. בקופ"ח

ביקורת בעוד חודש עם צילום.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה טראומה אורתופדית. אצל דר' בר-און לאו מ.ר. 119558. בעוד 1 חודשים.

חתימה: \_\_\_\_\_

נחתם ע"י: דר' בר-און לאו מ.ר. 119558

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך  
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 12:22 13/01/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרוקו

מנהל המערך האורטופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

### מרפאה טראומה אורתופדית

|                                          |                    |
|------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' אוגורצין ולדיסלב מ.ר. 36297 | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי        | פקס : 03-5302825   |

### סיכום לרופא המטפל

|                              |                      |                        |
|------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו      | שם פרטי: ונסה        | ת"ז: 209588847         |
| גיל: 43                      | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0546896600 |
| תאריך ביקור: 17/02/2025      | מספר ביקור: 26841958 | קופת חולים: קופ"ח מכבי |
| כתובת: הרצל 81 בת ים 5948205 |                      |                        |

### אבחנות בביקור

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

### ניתוחים

S/P FRACTURE, ANKLE BONES, CLOSED, ORIF 112388 (79.36) (Right) (27/12/2024)

### תלונת החולה / תלונה עקרית

ב-27.12.24 נותחה בהרדמה כללית - ORIF קרסול ימין - פלטה לפטישון לאטרלי, בורג לפרגמנט שאפוט

13.01.2025 - שבועיים לאחר ניתוח

מרגישה טוב

בבדיקתה:

רגל ימין ללא סמני DVT

ללא חסר NV דיסטאלי

צלקת תקינה

הגבלה בתנועה אנטאלגית

בצילום - ללא תזוזה משנית בשתי קרסוליים

רגל שמאל - טווח תנועה טוב

ללא סמני DVT

בצילום עמדה טובה

17.02.2025

חודש וחצי לאחר ניתוח

מרגישה טוב

בבדיקתה: טווח תנועה סביר

ללא חסר NV דיסטאלי

ללא הגבלה בתנועה בקרסול שמאל

בצילום - שברים מחוברים בעמדה טובה

### המלצות

המלצה: יציבה לדריכה והפעלה

-נגד כאבים

-ביקורת בעוד חודש וחצי עם צילום ביקורת

-בכל החמרה לשוב לבדיקה

חופשת מחלה: 2 חודשים.

### מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה טראומה אורתופדית. אצל דר' בר-און לאו מ.ר. 119558. בעוד 6 חודשים.

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

נחתם ע"י: דר' בראון לאו מ.ר. 119558

חתימה: \_\_\_\_\_

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך  
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.  
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 10:31 17/02/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

Im: 1/1  
Se: 3

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונסה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER

XR ankle  
AP OBL INT ROT



WL: 2048 WW: 4096 [D]

17/02/2025 09:54:10

Im: 1/1  
Se: 5

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונסה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER

XR ankle  
LATERAL

L

A lateral X-ray of the ankle and foot. The image shows the tibia, fibula, talus, calcaneus, and the metatarsals of the foot. A white circle with the letter 'L' is positioned to the left of the ankle joint, indicating the lateral view. The bones are clearly visible against a dark background.

WL: 2048 WW: 4096 [D]

17/02/2025 09:55:07





Im: 1/1  
Se: 4

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונסה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER

XR ankle  
LATERAL



WL: 2048 WW: 4096 [D]

17/02/2025 09:54:39



Im: 1/1  
Se: 2

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונססה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER

XR ankle  
AP OBL INT ROT



WL: 2048 WW: 4096 [D]

17/02/2025 09:53:43

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל  
עשויה לגרום להבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן  
מומלץ לקרוא את המידע יחד עם הרופא המטפל, אשר  
יסביר אותו, ואת המשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות  
טיפול.  
מומלץ להעביר עותק של כל המידע הרפואי לרופא המטפל.

לכבוד:

|                               |                          |                        |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
| שם המטופל: דיאמונד ניניו ונסה | VANESSA DIAMOND<br>NINIO | ת.ז.: 209588847        |
| כתובת: הרצל 81 בת ים          | תאריך לידה: 21/07/1981   | טל' ראשון: 000-0000000 |
| בת ים 5948205                 | מין: נקבה                | טל' שני: 054-6896600   |

פרטי הבדיקה - תאריך: 23/12/2024 מספר: 4015013211786

**CT קרסול וכף רגל ללא חומר ניגוד**  
**דו-צדדי**

סיבת ההפנייה: שברים בשתי קרסולים.  
טכניקה:

הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיאלים מכוונים לרקמות רכות ועצמות בוצעו שחזורים  
קורונלים וסגיתלים.

אין בידי בדיקה להשוואה.

תוצאות:

כף רגל ימין:

שבר מרוסק ללא תזוזה של מלאולוס אחורי, שבר תלישה עם תזוזה בטביה קידמי לטרלי במאחז של AITFL, שבר מרוסק של מלארולוס הטרלי.  
פרגמנט גרמי ברצועה DELTOID, יתכן שבר תלישה.  
עיבוי רצועה טלונביקולרית עליונה, מחשיד לפגיעה במפרק טלונביקולרי.  
מפרק טיבוטלרי שמור, דימום במפרק הטיביו-טלרי.  
ללא עדות לפגם אוסטאוכונדרלי בפסגת הטלוס.  
ללא פתחה של סינדסמוזיס  
מפרקים סובטלריים שמורים.  
מפרקי ליספרנק, DIP ו-MTP שמורים.  
גיד האכילס בעל מראה טומוגרפי שמור.  
גיד חוצאי קרסול רציפים.

כף רגל שמאל:

טלפון לבריורים: 03-5302378

מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הדימות "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

שבר מרוסק של עצם ססמואיד מדיאלי מתחת ל 1MTP.  
שבר תלישה של DELTOID.  
שבר בזיז גרמי באספקט קידמי של טיביה.  
עיבוי רצועה טלונביקולרית מחשידה לנקע במפרק טלו נביקולרי.  
שבר תלישה של קונאיפורם לטרלי מחשיד לפגיעה מפרק ליספרנק אמצעי.  
שבר ספירלי בדיאפיזה ומטפיזה דיסטלי של פיבולה.  
ללא פתיחה של סינדסמוזיס.  
דפורמציה של מסרק 5 יתכן שבר ישן.  
מפרק טיבוטלרי שמור, המטומה במפרק הטיביו-טלרי.  
ללא עדות לפגם אוסטאוכונדרלי בפסגת הטלוס.  
מפרקים סובטלריים שמורים.  
גיד האכילס בעל מראה טומוגרפי שמור.  
גידי חוצאי קרסול רציפים.

לסיכום:  
שברים ב 2 פיבולות וטיביאות דיסטליות כמתואר.  
חשד לנקע של רצועה טלונביקולרית דו"צ.  
פגיעה מפרק ליפרנק אמצעי משמאל.  
שבר מרוסק של ססמואיד מדיאלי משמאל.

אושרר על-ידי: ד"ר מרים שטרן מספר רשיון: 38249 תאריך אשרור: 29/12/2024

שם מלא: דיאמונד נינו ונסה 209588847

המלצה: המשך פיזי  
-בכל החמרה לשוב לבדיקה  
-ביקורת בעוד 3 חודשים  
חופשת מחלה: 3 חודשים.  
מוזמן לביקורת:  
ביחידה: מרפאה טראומה אורתופדית. אצל דר' בראון לאו מ.ר. 119558. בעוד 3 חודשים.



Leo Bar On  
31/03/25  
09:46:38

נחתם ע"י: דר' בראון לאו מ.ר. 119558

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך  
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.  
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 09:46 31/03/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

Im: 1/6  
Se: 1

DIAMOND NINIO VANESSA = דיאמונד ניניו ונסה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER  
4014015225433  
XR ankle  
ANKLE

R

WL: 8192 WW: 16383 [D]  
AP

31/03/2025 09:22:38



Im: 2/6  
Se: 1

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונסה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER  
4014015225433  
R XR ankle  
ANKLE

WL: 8192 WW: 16383 [D]  
AP

31/03/2025 09:23:00



Im: 3/6  
Se: 1

DIAMOND NINIO VANESSA=דיאמונד ניניו ונססה  
209588847  
21/07/1981 F  
SHEBA MEDICAL CENTER  
4014015225433  
XR ankle  
ANKLE

R

WL: 8192 WW: 16383 [D]  
AP

31/03/2025 09:23:28



מ.ר גורם מפנה



ד"ר איסייב אליחי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5001212

פקס: 073-2132667

כתובת: כצנלסון ברל 37, בת ים

| פרטי הנבדק:             |                |                   |                           |
|-------------------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה  | ת.ז.: 209588847   |                           |
| ת.לידה: 21/07/1981      | מין: נ         | טלפון: 0546896600 | טל.עבודה/נייד: 0546896600 |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים | מיקוד: 5948209 |                   |                           |

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה , האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 24/02/2025 עד יום: 25/04/2025 סה"כ: 61 ימים.

24/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 24/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר איסייב אליחי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5001212

פקס: 073-2132667

כתובת: כצנלסון ברל 37, בת ים

| פרטי הנבדק:             |                |                   |                           |
|-------------------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה  | ת.ז.: 209588847   |                           |
| ת.לידה: 21/07/1981      | מין: נ         | טלפון: 0546896600 | טל.עבודה/נייד: 0546896600 |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים | מיקוד: 5948209 |                   |                           |



אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה , האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 24/02/2025 עד יום: 25/04/2025 סה"כ: 61 ימים.

24/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 02/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר  
דיגיטלית  
**מכבי**

ד"ר מיכאל סלמאן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5001212

פקס: 073-2132667

כתובת: כצנלסון ברל 37, בת ים

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה             |
| ת.לידה: 21/07/1981      | מין: נ                    |
| תלפון: 0546896600       | טל.עבודה/נייד: 0546896600 |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים | מיקוד 5948209             |

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 02/04/2025 עד יום: 01/07/2025 סה"כ: 91 ימים.

02/04/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 09/04/2025

## מכבי שירותי בריאות

מרפאה לבריאות העובדות (מ. תעסוקתית)

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר  
דיגיטלי  
מכבי

ד"ר דודזון אייל

רופאה תעסוקתית

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון [tnir@mac.org.il](mailto:tnir@mac.org.il) (עקב שיפוז המעליות מומלץ להגיע כמה דקות לפני התור, עמכם הסליחה)

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה             |
| ת.ל.ידה: 21/07/1981     | ת.ז.: 209588847           |
| מין: נ                  | טלפון: 0546896600         |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים | טל.עבודה/נייד: 0546896600 |
|                         | מיקוד: 5948209            |

### מכתב

תאריך: 09/04/2025

לכבוד: גן חיבוקי, הנהלה  
שפירא 4 בת ים

לאחר שבדקתי את העובדת ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- תאונה בתאריך 19/12/2024

- עדיין אינה כשירה לעבודות הכרוכות בהתניידות רבה והרמת משאות - ועל כן עדיין אינה כשירה לעבודתה כסייעת בגן ילדים - עד תום שנת הלימודים הנוכחית תשפ"ה (כולל תקופת החופש הגדול עד תחילת שנת הלימודים תשפ"ו)  
- ביקורת לקראת שנת הלימודים תשפ"ו

בברכה,  
ד"ר דודזון אייל  
מ.ר גורם מפנה 1-89284  
ד"ר דודזון אייל 44037

חתימה

תאריך: 05/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר מוריץ דור יחזקאל  
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-5004444

פקס: 073-2132665

כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| פרטי הנבדק:               |                   |
| שם משפחה: דיאמונד ניניו   | שם פרטי: ונסה     |
| ת.ז.: 209588847           |                   |
| ת.לידה: 21/07/1981        | מ.י.נ: 0546896600 |
| תל.עבודה/נייד: 0546896600 | טלפון: 0546896600 |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים   | מיקוד: 5948209    |
| 0209588847                |                   |

תמצית הביקור מתאריך 05/06/2025 בשעה 17:03

תאריך הביקור: 05/06/2025

| מקור המידע                            | הערות                                          |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| העברת טפסים באופן יזום<br>לאתר המטופל | בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. |

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

| שם התרופה           | מינון והוראות מרשם                                                                         | שמות החלופות                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ROKACET PLUS 24 CAP | לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים. | * TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 21 Units > [ 72116 ] |
| ADVIL 400MG X 20    | לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים.                   | * CAP. ADVIL 400MG X 20 < 1 OP > [ 48506 ]        |

החבר: 0209588847 שם: ונסה דיאמונד ניניו פריט: מתאריך: 19/12/24 עד תאריך: 30/06/25

| רופא               | שם בית מרקחת    | תאריך ניפוק | שעת ניפוק | שם תרופה                       | ניפוק   | חש | י  | כמות אריזה | ערך מכירה | השתתפות |
|--------------------|-----------------|-------------|-----------|--------------------------------|---------|----|----|------------|-----------|---------|
| בן נון ניצן        | מכבי פארם-חולון | 19/12/24    | 12:07     | PRO SHIELD PNEU. WALKER 17" M  | 1738136 | 1  | 1  | 1          | 405.00    | 62.34   |
| בן נון ניצן        | מכבי פארם-חולון | 19/12/24    | 12:09     | PRO SHIELD PNEU. WALKER 17" M  | 1738471 | 1  | 1  | 1          | 405.00    | 62.34   |
| בן נון ניצן        | מכבי פארם-בת ים | 20/12/24    | 9:18      | IBUFEN 400 50CAP               | 1811419 | 18 | 1  | 1          | 33.50     | 19.55   |
| בן נון ניצן        | מכבי פארם-בת ים | 20/12/24    | 9:18      | TRAMADOL FLASHTAB 50MG 30      | 1811419 | 15 | 18 | 1          | 13.49     | 9.78    |
|                    | מכבי פארם-בת ים | 29/12/24    | 18:30     | ROKACET PLUS 24 CAP            | 2559488 | 2  | 2  | 1          | 45.56     | 19.55   |
|                    | מכבי פארם-בת ים | 29/12/24    | 18:30     | CLEXANE 2 SYR 40MG+SAF LO      | 2559488 | 7  | 2  | 1          | 264.95    | 136.85  |
|                    | מכבי פארם-בת ים | 29/12/24    | 18:31     | פד סטרילי דב 10 סט 10 קאר      | 2559537 | 2  | 4  | 1          | 43.60     | 19.55   |
|                    | מכבי פארם-בת ים | 29/12/24    | 18:30     | PREGABALIN DEXC.75MG 56CAP     | 2559489 | 18 | 18 | 1          | 117.87    | 39.10   |
|                    | מכבי פארם-בת ים | 30/12/24    | 11:16     | OPTALGIN 500MG 28CAP           | 2596288 | 2  | 2  | 1          | 67.20     |         |
| ת קינר אולסיה מכבי | מכבי פארם-בת ים | 30/12/24    | 11:52     | INADINE 9.5X9.5 חבישה עם יוד   | 2602391 | 1  | 4  | 1          | 85.50     |         |
| ת קינר אולסיה מכבי | מכבי פארם-בת ים | 30/12/24    | 11:52     | HYPOR-PLAST 10X10 גליל בד דביק | 2602391 | 1  | 4  | 1          | 24.95     |         |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 30/12/24    | 11:52     | פד גזה ל.סטרילי 5 סט 100       | 2602429 | 2  | 4  | 1          | 39.32     |         |
| איסייב אליחי       | מכבי פארם-בת ים | 1/01/25     | 18:08     | CERAZETTE 0/075MG 1X28TAB      | 81452   | 31 | 1  | 1          | 65.64     | 55.79   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 10/01/25    | 11:59     | COMBODEX 150/500MG 24TAB       | 929621  | 1  | 1  | 1          | 40.25     | 36.80   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 10/01/25    | 11:59     | IBUFEN 400 50CAP               | 929621  | 1  | 1  | 1          | 33.79     | 20.90   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 10/01/25    | 11:57     | CLEXANE 2 SYR 40MG+SAF LO      | 929271  | 2  | 2  | 1          | 133.63    | 68.43   |
| איסייב אליחי       | מכבי פארם-בת ים | 19/01/25    | 11:13     | ROKACET PLUS 24 CAP            | 1673228 | 3  | 2  | 1          | 137.85    | 58.65   |
| איסייב אליחי       | מכבי פארם-בת ים | 19/01/25    | 11:13     | LYRICA 75MG 56 CAP             | 1673229 | 18 | 18 | 1          | 370.71    | 58.65   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 24/02/25    | 12:39     | LACTOFIL                       | 2112254 | 1  | 1  | 1          | 60.00     | 37.50   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 24/02/25    | 12:39     | TELFEST 180MG 15TAB            | 2112254 | 4  | 1  | 1          | 75.04     | 75.04   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 2/04/25     | 18:49     | CERAZETTE 0/075MG 1X28TAB      | 239419  | 18 | 18 | 1          | 65.64     | 60.48   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 8/06/25     | 12:52     | ADVIL FORTE LIQUIGEL 20'S      | 579039  | 1  | 1  | 1          | 49.62     | 44.90   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 8/06/25     | 12:52     | ACAMOL FOCUS 30CAP             | 579039  | 1  | 1  | 1          | 42.37     | 34.50   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 8/06/25     | 12:52     | CERAZETTE 0/075MG 1X28TAB      | 578969  | 18 | 18 | 1          | 65.64     | 60.69   |
| מכבי פארם-בת ים    | מכבי פארם-בת ים | 26/06/25    | 14:47     | LACTOFIL                       | 2173944 | 1  | 1  | 1          | 60.00     | 50.00   |

1031.39

2746.12 טה"כ: \*\*\*\*\*

\*\* סוף הדו"ח \*\*

מנהל המערך האורטופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

### מרפאה טראומה אורתופדית

|                                          |                    |
|------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' אוגורצין ולדיסלב מ.ר. 36297 | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי        | פקס : 03-5302825   |

### סיכום לרופא המטפל

|                              |                      |                        |
|------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: דיאמונד ניניו      | שם פרטי: ונסה        | ת"ז: 209588847         |
| גיל: 43                      | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0546896600 |
| תאריך ביקור: 30/06/2025      | מספר ביקור: 27664670 | קופת חולים: קופ"ח מכבי |
| כתובת: הרצל 81 בת ים 5948205 |                      |                        |

### אבחנות בביקור

- Fracture of ankle (824.8) (BOTH)

### ניתוחים

S/P FRACTURE, ANKLE BONES, CLOSED, ORIF 112388 (79.36) (Right) (27/12/2024)

### תלונת החולה / תלונה עקרית

ב-27.12.24 נותחה בהרדמה כללית - ORIF קרסול ימין - פלטה לפטישון לאטרלי, בורג לפרגמנט שאפוט  
=====

13.01.2025 - שבועיים לאחר ניתוח

מרגישה טוב

בבדיקתה:

רגל ימין ללא סמני DVT

ללא חסר NV דיסטאלי

צלקת תקינה

הגבלה בתנועה אנטאלגית

בצילום - ללא תזוזה משנית בשתי קרסוליים

רגל שמאל - טווח תנועה טוב

ללא סמני DVT

בצילום עמדה טובה

17.02.2025

חודש וחצי לאחר ניתוח

מרגישה טוב

בבדיקתה: טווח תנועה סביר

ללא חסר NV דיסטאלי

ללא הגבלה בתנועה בקרסול שמאל

בצילום - שברים מחוברים בעמדה טובה

31.03.2025

3 חודשים לאחר ניתוח

מרגיש יחסית טוב

כאבים בקרסול שמאל

שיפור בכאבים בקרסול מנותח

בבדיקתה: טווחי תנועה בקרסוליים טובים

בצילום - שבר מחובר מימין ומשמאל עדיין בתהליך

30.06.2025

שם מלא: דיאמונד ניניו ונסה 209588847

כאבים בקרסול שמאל  
טווח תנועה מימין בשיפור  
בצילום - שברים מחוברים

#### המלצות

המלצה: -זקוקה בCT בשאלה של איחוי משמאל  
-ביקורת לאחר מכן



Leo Bar On

30/06/2025

09:16:37

נחתם ע"י: דר' בראון לאו מ.ר. 119558

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך  
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה>  
שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 09:16 30/06/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו



טלפון: 03-5004444

פקס: 073-2132665

כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| פרטי הנבדק:                |                    |
| שם משפחה: דיאמונד ניניו    | שם פרטי: ונסה      |
| ת.ז.: 209588847            | ת.ז.: 0546896600   |
| ת.ל.עבודה/נייד: 0546896600 | מיקוד: 5948209     |
| ת.לידה: 21/07/1981         | מין: נ             |
| ת.נשוא: הרצל 81/5, בת ים   | ת.נשוא: 0209588847 |

### אישור רפואי

מיועד ל: ביטוח לאומי.

רקע רפואי: תושבת בת ים.

עד לדצבר 24 עבדה בגן ילדים.

בריאה בדרכ.

מעשנת 30PY.

סובלת מעודף משקל.

נוטלת גלולות.

ללא רגישות ידועה לתרופות.

ב-19.12.24 עברה תאונה - שברה שתי קרסוליים. עברה ניתוח מימין. במעקב אורתופדי בשיבא.

מאז כאבים כרוניים וקושי בתפקוד. עדיין בטיפול פיזיותרפיה.

תלונות: עדיין כאבים כרוניים בקרסול שמאל אשר מגבילים את תפקודה ביום יום ואת יכולתה לעבוד ולהתהלך.

במעקב אורתופדי בשיבא.

עושה טיפולי פיזיותרפיה על בסיס קבוע. ללא שיפור מספק.

• ANKLE PAIN

אבחנות:

• TOBACCO USE DISORDER (17/08/2020)

בעיות ידועות:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמינות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

02/07/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0200950582



164015



קוד הפניה: 441550499

טלפון: 03-5004444

פקס: 073-2132665

כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                            |
| שם משפחה: דיאמונד ניניו | שם פרטי: ונסה              |
| ת.ז.: 209588847         | ת.ל.עבודה/נייד: 0546896600 |
| ת.לידה: 21/07/1981      | טלפון: 0546896600          |
| כתובת: הרצל 81/5, בת ים | מיקוד: 5948209             |



0209588847

US איברים

| קוד  | הבדיקה הדרושה אולטראסאונד |
|------|---------------------------|
| 6880 | קרוסול שמאל               |

שאלה למבצע הבדיקה: קרעים? נוזל?

• ANKLE PAIN

אבחנות:

• TOBACCO USE DISORDER (17/08/2020)

בעיות ידועות:

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

מרכז זימון תורים 3555\*, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

02/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/07/2025 עד תאריך - 29/12/2025

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

32.31 יסוד מניחים לתורש: 5,880.02 שטר מציגים לשעה:

תלוש משכורת 11/24

גן תיבוק-ליאת יעקב

שפירא 7 בת ים  
נח"

|             |           |
|-------------|-----------|
| 93219347700 | תק.נ.ב"ל  |
| 932193477   | תיק ג'ויס |
| 032058158   | תיק מ"ה   |

|            |             |          |                 |
|------------|-------------|----------|-----------------|
| 01/09/2022 | תחילת עבודה | בנק/סניף | מס' עובד: 70    |
| 01/09/2022 | תאריך חק    | חשבון    | ת"ז: 20958884-7 |
| 2.25       | שעות חק     |          | מחלקה:          |

דראמונד גינז ונסה  
הדצל  
בת ים

|        |      |        |           |
|--------|------|--------|-----------|
| 186.00 | מתוך | 113.00 | ש' עבודה  |
| 22.00  | מתוך | 20.00  | ימי עבודה |

תמוס בלל אין

81  
0

דעה:

2177

משורה: לפי שעות

תע' שעה: 35.00

היקף משרה: %

[illegible]

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 4,168.00 | סה"כ תשלומים    |
| 445.10   | ניכוי חובה ונטו |
| 3,722.90 | שכר נטו         |
|          | ס"ה ניכוי השות  |
| 3,722.90 | נטו לתשלום      |

הפקדת מעסיק לפיצויים

| חודש      | חודשי    | מספר       |
|-----------|----------|------------|
| 41,800.00 | 3,800.00 | מספר חודשי |
| 0.00      | 0.00     | מספר חודשי |
| 3,224.00  | 223.10   | מספר חודשי |
| 0.00      | 0.00     | מספר חודשי |

הפקדות מעסיק לקופות גמל

| DATE    | TIME  | TEMP | WIND | WAVE | SEA |
|---------|-------|------|------|------|-----|
| 2003.10 | 08.00 | 13.8 | 1.3  | 0.5  | 1.0 |

העדויות

| תאור   | קודמת | חספסת | ניצול | יחידה |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| חמצי   | 0.00  | 0.30  |       | 0.60  |
| חמצי   | 30.00 | 1.50  |       | 40.50 |
| קו"מ"ס |       | 0.50  |       | 1.50  |
| באר    | 1.00  |       |       |       |

7305

ס"ס

1500

NO TM

[illegible]

חודשי עבודה

## הודעות:

צורת תשלום: בהמחאה/עכומן

גן חיבוקי-ליאת יעקב

שפירא 7 בתי  
סל"

פקס:

תלוש משכורת 1/25

93219347700 תיק גביל  
932193477 תיק ניכויים  
032058158 תיק במ"ה

מס' עובד: 70 בנק/סניף:  
ת"ז: 20958884-7 חשבון:  
מחלקה:  
תאום ב"ל: אין  
דרגה:  
דרוג:  
משרה: לפי שעות  
תע' שעה: 35.00  
היקף משרה: %

דראמונד ניניו ונסה  
הרצל  
בת ים

81  
0

| סכום            | ניכויים                                       | סכום לתשלום      | גילום | שווי למס | תעריף                    | כמות                    | תיאור תשלום                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------|------------------|-------|----------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|
| 47.00<br>146.00 | מס הכנסה שולי 10%<br>ביטוח לאומי<br>מס בריאות | 0.35<br>4,390.76 |       | 140.00   | 35.00<br>199.58<br>10.00 | 22.00<br>22.00<br>14.00 | שכר יסודי<br>תשלום מחלה<br>מחלה 100.00 %<br>שווי ארוחות |
| 293.10          | הפניקס                                        |                  |       |          |                          |                         |                                                         |
| סכום            | ניכוי רשות                                    |                  |       |          |                          |                         |                                                         |

| הפקדות מעסיק לפיצויים |                |      |       | הפקדות מעסיק לקופות גמל |                |      |       |
|-----------------------|----------------|------|-------|-------------------------|----------------|------|-------|
| מספר                  | חודשי          | מספר | חודשי | מספר                    | חודשי          | מספר | חודשי |
| 3,800.00              | 3,800.00       | מספר | חודשי | 4,391.11                | 4,391.11       | מספר | חודשי |
| 0.00                  | 0.00           | מספר | חודשי | 4,391.11                | 4,391.11       | מספר | חודשי |
| 293.00                | 293.10         | מספר | חודשי | 4,391.11                | 4,391.11       | מספר | חודשי |
| 0.00                  | 0.00           | מספר | חודשי | 4,391.11                | 4,391.11       | מספר | חודשי |
| 4,391.11              | 486.10         | מספר | חודשי | 4,391.11                | 486.10         | מספר | חודשי |
| 3,905.01              | שכר נטו        | מספר | חודשי | 3,905.01                | שכר נטו        | מספר | חודשי |
| 3,905.01              | ס"ה נטו לתשלום | מספר | חודשי | 3,905.01                | ס"ה נטו לתשלום | מספר | חודשי |
| העדרויות              |                |      |       | החלטות                  |                |      |       |
| מספר                  | חודשי          | מספר | חודשי | מספר                    | חודשי          | מספר | חודשי |
| 47.00                 | 146.00         | מספר | חודשי | 47.00                   | 146.00         | מספר | חודשי |
| 293.00                | 293.10         | מספר | חודשי | 293.00                  | 293.10         | מספר | חודשי |
| 0.00                  | 0.00           | מספר | חודשי | 0.00                    | 0.00           | מספר | חודשי |
| 4,391.11              | 486.10         | מספר | חודשי | 4,391.11                | 486.10         | מספר | חודשי |
| 3,905.01              | שכר נטו        | מספר | חודשי | 3,905.01                | שכר נטו        | מספר | חודשי |
| 3,905.01              | ס"ה נטו לתשלום | מספר | חודשי | 3,905.01                | ס"ה נטו לתשלום | מספר | חודשי |

מס' 3741542

# מזרחי טפחות

425 סניף בת-ים בלפור 58, בת ים  
3430244 2042500 541374

לחוטב בלבד

נירן דיאמונד ונסה ורון  
הרצל 081 בת ים  
מ"ז 209588847 מ"ז 209588847  
טל' 054-6896600

PAY TO

3430244

שלמול

ות

N.I.S

ות

08.05.23 - א.פ.

בשיק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב.  
למעט שינוי תאריך או סכום.

DATE  
/ /  
תאריך

SIGNATURE  
חתימה

מספר החשבון  
מספר הסניף  
מספר השיק  
CHEQUE No.  
BRANCH No.  
ACCOUNT No.

בנק מזרחי טפחות בע"מ מ"ז 209588847