



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית

14042576	מס' זהות / דרכון
25	סוג המסמך
	דפים

1	סודר בקשה
6	סודר דיון
674762	מס' ועדה
	נושא הדיון

☐ אסיר ציון ☐ מתנדב ☐ עצמאי ☒ שכיר

סניף הועדה
תל אביב

סניף מגורים
תל אביב

פרטי התובע

שם משפחה
רוז'ני

שם פרטי
רוסודן ר

כתובת

רחוב סמדר 10
מס' בית כניסה דירה תא דואר 000000
מיקוד יישוב תל אביב - יפו
מספר זהות 14042576
תאריך לידה 05071970
מין זכר ☐ נקבה ☒

פרטי הפגיעה

מהות הפגיעה
חבלה בראש

מקצוע

לפניהם במקלה

תאריך הפגיעה
25/09/2013

תיאור הפגיעה: נחבלה במהלך שוד בחנות שבה עבדה

סוג האישור: אישור

תיקים שצורפו לדיון:

- ☐ תיק נכות מעבודה
- ☐ תיק דמי פגיעה
- ☐ נכות כללית
- ☐ נידות
- ☐ איבה

פירוט תעודות אי-כושר שאושרו: פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:

מיום	עד יום	מיום	עד יום
26/09/2013	11/10/2013		

נא פרט על פגיונות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)

1. 2.

מסמכים שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
05/02/2015	חו"ד פנימאי - קלינר יצחק	6	
31/05/2015	חו"ד פסיכיאטר - וויץ שולמית	7	
15/10/15	מסמך	8	
		9	
		10	

החלטה אחרונה מתאריך

מיום	עד יום	מיום	עד יום

אחוז נכות יציבה

מיום

שם התובע
רוז'ני
רוסדור

מספר זהות

1 4 0 4 2 5 7 6

נושא הדיון

סודר

סודר

דיון

בקשה

6

1

מס' ועדה

674762

- ☐ התובע נכח בדיון ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ☒ דיון ללא נוכחות התובע, הסיבה _____
- ☐ בעת הדיון נוכח גם: ☐ עו"ד: שם _____ מס' רישיון _____
- ☐ מלווה: שם _____ קרבה _____ ת"ז _____
- פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☐ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר _____
- האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☐ לא ☐ כן - שם הרופא _____
- ☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו _____
- ☐ הדיון נפסל, הסיבה _____
- תולדות המקרה והתלונות מפי התובע: _____

- ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט: ☐ טיפול תרופתי ☐ פיזיותרפיה ☐ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר _____
- ☒ שכיר/מתנדב ☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פיטורין ☐ התפטרות ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____
- ☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____
- ☐ כן, לעבודה אחרת. בתאריך _____ לאיזה תפקיד? _____
- האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה: _____
- היקף משרה: ☐ מלא ☐ חלקי _____
- ☐ עצמאי ☐ האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____
- ☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____
- ☐ כן, לתפקיד אחר _____ בתאריך _____
- האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה _____
- האם מעסיק עובדים נוספים לאחר הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, מספר העובדים הנוספים _____ הסיבה _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

שמות הפוסקים הרפואיים: בוקסר מרינה _____

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

חתימת התובע ☒

מס' ועדה
674762

נושא הדיון

סודר
דיון 6

סודר
בקשה 1

מספר זהות

1 4 0 4 2 5 7 6

שם התובע
רוזיני
רוסודן ר

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7

ממצאים בבדיקת הועדה:

8

התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

9

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה נובעת מהפגיעה	החלטת הועדה
פנימאי	קלינגר יצחק			לא נותרה נכות.		
פסיכיאטר וויץ שולמית				23; 34 10.00%	13; 34 5.00%	

מס' ועדה
674762

נושא הדיון

סודר
דיון
6

סודר
בקשה
1

מספר זהות

1 4 0 4 2 5 7 6

שם התובע
רוז'יני
רוסודור

אבחנות:

10

אלס אנרי חלמ סגן חינוך

11

סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

במסגרת מספר 1-5/104 ספ' נפגעה סגן חינוך ונותרה וניחל אזור
פוסט עיני מחלות רסמוס נפ' אפי קססר אספיקס (פוסט) וספ'
בספיקס /יסו ס' צ3 (פ) 2 ספיקס אפי קססר /ס' פ' צ3 (פ) 1-2 אפי קססר
/ס' אספיקס (פוסט) וספיקס אפי קססר
פוסט עיני ספ' מחלות רסמוס פוסט אפי קססר /ס' פ' צ3 אפי קססר
ספ' אספיקס וספ' אספיקס וספיקס אפי קססר

12

האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו?

דיון בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16 :

☐ לא ☐ כן

☐ הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות ☐ חוות דעת הרשות

☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☒ לא ☐ כן ☐ שיעור ההפעלה: ☐ ב-1/4 ☐ ב-1/3 ☐ ב-1/2

☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ לא ☐ כן

הנימוקים להחלטה: תכנס ויחלף אפי קססר

13

הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כן, בעוד _____ שנים.

14

האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא

מס' ועדה
674762

נושא הדיון

סודר
סודר
דיון
6

סודר
בקשה
1

מספר זהות

14042576

שם התובע
רוזיני
רוסונו

החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
05/07/2015 בקשר לפגיעה מתאריך
25/09/2013

15

נכות זמנית

שם התובע	בשיעור	מיום	עד יום	סעיף במבחנים
----------	--------	------	--------	--------------

נכות יציבה

שם התובע	בשיעור	מיום	עד יום	סעיף במבחנים	מחצית קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
----------	--------	------	--------	--------------	------------	----------------------	-----------------------

5

2(8)34 5 2(8)34

2006 10

שם התובע	בשיעור	מיום	עד יום	סעיף במבחנים	מחצית קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
----------	--------	------	--------	--------------	------------	----------------------	-----------------------

5

5

שם התובע	בשיעור	מיום	עד יום	סעיף במבחנים	מחצית קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
----------	--------	------	--------	--------------	------------	----------------------	-----------------------

שם התובע	בשיעור	מיום	עד יום	סעיף במבחנים	מחצית קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מהפגיעה
----------	--------	------	--------	--------------	------------	----------------------	-----------------------

התימות הפוסקים הרפואיים

- אני מצהיר בזאת כי:
- א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
- ב. איני הרופא המטפל של התובע.
- ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
- ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
- ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך

05/07/2015

מומחיות

מומחיות

נוירולוג

בוקסר מרינה

ד"ר בוקסר מרינה
DR. BOKER MARINA
מומחית נוירולוגיה
מס' 1567

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

05/07/2015

תאריך הדפסה

סיגלר יוסי

שם מזכיר הישיבה

05/07/2015

תאריך