

**Freiberg Raskin**  
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

באתר  
מבלי לפגוע בזכויות

17 יולי 2025  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 29/06/2025  
הנפגעת: קלרה קירנזר, ת"ז 065272221  
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשתי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

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

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

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

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

נא ציין את מספר תעודת זהות

65272221

עמוד 1 מתוך 8

|                  |      |
|------------------|------|
| לשימוש           |      |
| פנימי            |      |
| בלבד             |      |
| (סריקה)          |      |
| מס' זהות / דרכון |      |
| סוג              | דפים |
| המסמך            | 01   |

|            |
|------------|
| חותמת קבלה |
|------------|

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                                        |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> תאונה בעבודה                       |                 |
| <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט                               |                 |
| פרטי התובע                                                             |                 |
| שם משפחה                                                               | שם פרטי         |
| קיינר                                                                  | קריה            |
| טלפון קווי                                                             | טלפון נייד      |
|                                                                        | 0507364096      |
| מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)                  |                 |
| 65272221                                                               |                 |
| דואר אלקטרוני:                                                         |                 |
| @                                                                      |                 |
| 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. לדיעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים

|                |         |       |      |       |        |
|----------------|---------|-------|------|-------|--------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד  |
| אהרן שטרן      | 18      |       |      | נתניה | 493723 |

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנו מלא סעיף א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

|                |  |                    |  |                          |  |
|----------------|--|--------------------|--|--------------------------|--|
| שם מעסיק/ מפעל |  | המעסיק/ המפעל חתום |  | תפקיד התובע במקום העבודה |  |
|                |  |                    |  | מנהל                     |  |
| רחוב / תא דואר |  | מס' בית            |  | כניסה                    |  |
|                |  | 2                  |  |                          |  |
| טלפון קווי     |  | טלפון נייד         |  | מספר פקס                 |  |
| 089365484      |  |                    |  |                          |  |

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית ביןך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| שם העסק        |  | סוג העיסוק |  |
|                |  |            |  |
| רחוב / תא דואר |  | מס' בית    |  |
|                |  |            |  |
| טלפון קווי     |  | טלפון נייד |  |
|                |  |            |  |
| טלפון פקס      |  |            |  |
|                |  |            |  |

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?  
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

29/06/25 שנה חודש יום

היום בשבוע

ראשון

שעת הפגיעה

16:00

תאריך הפסקת עבודה

29/6/25

שעת הפסקת עבודה

16:00

היכן אירעה הפגיעה?

☒ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מספר), נא פרט שם המזלזל  
בן יוסף אל האל

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

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

|                                                                                                                                                                        |                                       |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| האיר שפגע                                                                                                                                                              | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) |
| א/ר ירד יאן                                                                                                                                                            | שר דרך                                | זית חליל השרון                                    |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה                                                                                                                                         | שם בית החולים / מחלקה                 | שם בית האשפוז                                     |
| שנה חודש יום שעה                                                                                                                                                       | זית חליל השרון - מחלקה אורתופדית      | תקופת אשפוז                                       |
| <p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ממה סבלת ומתי</p> |                                       |                                                   |
| <p>יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים</p>                                                                                                                                 |                                       |                                                   |
| <p>פרטי הרופאים המטפלים</p>                                                                                                                                            |                                       |                                                   |
| שם הרופא                                                                                                                                                               | תחום המומחיות                         | כתובת המרפאה                                      |
| שם הרופא                                                                                                                                                               | תחום המומחיות                         | שם טופלתי או אני מטופל                            |
| שם הרופא                                                                                                                                                               | תחום המומחיות                         | טלפון המרפאה                                      |
| שם הרופא                                                                                                                                                               | תחום המומחיות                         | טלפון המרפאה                                      |

5

סיכום ויצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל37: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

טלפון כתובת

03 - 7412358 רחוב אלזאול 7, רמת גן

ע"כ אריאל כרייזר

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

שם התאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובתו מ"ס' פקס

מ"ס' טלפון דואר אלקטרוני

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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מ"ס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:  
 א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* נא לצרף אישורים מתאימים.  
 ב. ☒ הכנסתי נפגעה מהסיבה:  
☐ מחלה ☐ חופשה ☒ אחרת \* נא לצרף אישורים מתאימים.  
 תאריך הפגיעה: 25.02.2025 שעה: 16:00

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך: \_\_\_\_\_

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה: 13:00 עד שעה: 16:00

☐ עבודה במשמרות

עד תאריך: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ יום: \_\_\_\_\_

משעה: \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_

עד תאריך: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ יום: \_\_\_\_\_

משעה: \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_

עד תאריך: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ יום: \_\_\_\_\_

משעה: \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_

☒ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך: \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ חתימה: X

65272221

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 5 מתוך 8

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיוע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטי שלי

שמות בעלי החשבון

הירצור קרל

שם הבנק

הקואר

מספר חשבון

30559 699

מס' סניף

01

שם הסניף / כתובת

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

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

10

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.  
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

17/7/25

תאריך

חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

קרבה לתובע

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרףם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה

ת.ז.

8-7726-6-7100

בא ציין את מספר תעודת זהות 65272221

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עזמאי - ימלא התובע)

1

הנחתם על פניכם חזית לרפס או למעט?

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה  
מקום הפגיעה.

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבר התובע ביום הפגיעה

האם העובד מועסק דרך גבוע מחוץ למפעל? ☐ לא ☐ כן

האם נסחו עובדים מספרים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן

1 שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

2 שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

| תפקיד הנפגע במפעל | מסדת יציאת מחוץ למפעל | שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת | תפקידו |
|-------------------|-----------------------|------------------------------------|--------|
| שעת היציאה        |                       | שעת היציאה האפורה                  |        |

האם בנתיב שם האתר

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת?

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? \_\_\_\_\_

הסיועה ליציאה המוקדמת

האם סיים בפועל הקבועה? ☐ כן ☐ לא

התובע שבה עובד לפני היציאה לביתו

2

מסמך שבו ב-4 חודשים שונים להחלטת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניסיון במוסד לביטוח לאומי

המשכיל

תאריך תחילת עבודה: 01/06/2023

מספר ימי העבודה בשבוע: 5

היקף המשרה ב-%: 20.87

מספר ימי העבודה בשבוע: 5

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבות ההיעדרות. חלף סלעסוף העלמנו לר

תאריך: 13/6/2025 עד תאריך: 25/6/2025

נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☒ לא

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

| החודש, סליל החודש<br>הפסקת העבודה | מס' הימים<br>בשבוע שולם<br>השכר | העובד חתם                           |                          | שכר ברוטו החדש בדמי<br>ביטוח לחדש זה בשי"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר<br>ברוטו |         |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|
|                                   |                                 | ימי                                 | חודשי                    |                                            | סכום                                                | לתיקופה |
| חודש 03/2025                      | 31                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5,299.50                                   |                                                     |         |
| חודש 04/2025                      | 30                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5,672.90                                   |                                                     |         |
| חודש 05/2025                      | 31                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4,690.10                                   |                                                     |         |
| חודש 06/2025                      | 30                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3,472.16                                   |                                                     |         |

☐ העובד שב לעבודה בתאריך

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך

סיבות הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותה המעסיק מכין תחשי שכו

שכר חופש 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לביטוח פרטי שכר

תחילת המעסיק

תאריך: 15/6/2025

מספר סלעסוף: 09-9365484

המשכיל מרוקסטים חינוכיים ביי"מ

תחילת המעסיק

תאריך: 15/6/2025

שם תפקיד החותם

מספר סלעסוף: 09-9365484

המשכיל מרוקסטים חינוכיים ביי"מ

תחילת המעסיק

תאריך: 15/6/2025

שם תפקיד החותם

3

פרטים על משלום דמי מחלה על ידי המעסיק/על ידי מחלה

האם העובד זכאי לשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בכך ליום הפגיעה)

32.47

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה.

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לשלום דמי מחלה ע"י הקן לדמי מחלה

(שם הקן)

4

הצהרת המעסיק

אם התחזית מטה מאשרת, כי הפרטים שמסר העובד ומסרתם את נכונים לפי מיטב ידיעתם.

אם מאשרת כי התובע התעסק על ידיו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בענין הפגיעה, יש לפרט כאן

תאריך 15/7/25 תפקיד החותם ח. ספיר שם החותם ח. ספיר חתימה וחתימת \* חתימה וחתימת \*

חמשביל מודיעין חינוכיים ר"ח  
514174077 ח.ח.

5

פרטים נוספים למעסיק/מחלה/מאפשר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נמל בהרשאה מעודד מאת על הארץ ושולחם לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נמל עם העובדים שבמסגרת ניהול הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ או מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בבסח הישן)

העובד:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחתימת \*

(חדש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

6527221

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

|                 |                                                                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| קוד גמלה        | 60                                                                                                                                                                   |
| מספר זהות/דרכון | 16527221                                                                                                                                                             |
| תאריך הפגיעה    | שנה 2015 חודש 06 יום 29                                                                                                                                              |
| שם משפחה        | ר' יצחק                                                                                                                                                              |
| שם פרטי         | חנה                                                                                                                                                                  |
| חבר בקופת חולים | <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

17/7/25

חתימת המבוטח \*

תא

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                            |                               |                       |                          |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <u>ק"מ</u><br>שם משפחה     | <u>06527221</u><br>תעודת זהות | <u>רחל</u><br>שם פרטי | <u>18</u><br>מס'         |
| <u>0507364096</u><br>טלפון | <u>4939722</u><br>מיקוד       | <u>סבת חוה</u><br>עיר | <u>רחוב אהרן</u><br>רחוב |

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

תאריך: 16/7/25 עד לחתימה ומס' \_\_\_\_\_  
מס' רשמי: 62254 חתימה: \_\_\_\_\_

X

## י פ ו י כ ח

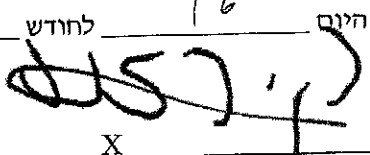
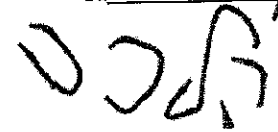
- אני הח"מ, ק"ר ח' יס"ר, מס' 26523222, מרחוב שרה אהרנסון 18 סניף תל אביב,  
ת.ז. מס' 26523222, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום לחיות באי כוחי במשפט של  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן  
רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל  
ללא יוצא מן הכלל.
  2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק  
גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
  3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת  
לענין הנ"ל.
  4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו חוגש יפוי  
הכח, בדרגה בה חוגש.
  5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי  
שבא כוחי ימצא לנכון.
  6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
  7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי  
ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
  8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש  
ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחזורים כפי שבא כוחי ימצא  
לנכון ולמתאים.
  9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל  
הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
  10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא  
לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
  11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
  12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי  
על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק  
וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
  13. ליצגני ולחופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם וועדות ורושם האגודות  
השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,  
לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה  
בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 16 לחודש 7 שנה 2025  
חתימה:   
X  


עו"ד אריאל פריינד  
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

סיכום אשפוז

|                                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| מחלקה אורתופדית - טלפון: 03-9372233 פקס: 03-9372501 |                                                            |
| מנהל מחלקת אורתופדיה<br>ד"ר מוסטפא יאסין            | מנהל יחידת מחקר ושירות כף רגל: ד"ר דרור רובינסון           |
| מנהל הסייעוד<br>מחמוד ג'בארין                       | מנהל שירות כף יד: ד"ר מרדכי ויגלר                          |
|                                                     | אחראי תחום טראומה: ד"ר אנטולי פירוצקי                      |
|                                                     | מנהל שירות יחידת פגיעות ספורט וארתרוסקופיה: פרופ' ברק חביב |

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096                         | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

תאריך שחרור בפועל  
01/07/2025 שעה: 10:30

| אבחנות בשחרור                                               |       |       |       |       |     |    |     |
|-------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|----|-----|
| אבחנה                                                       | קוד   | צד    | תאריך | עיקרי | S/P | MP | Rec |
| FRACT.OF UNSP.INTRACAPSULAR SECTION OF NECK OF FEMUR,CLOSED | 82000 | Right |       |       |     |    |     |

תלונה עקרית

שבר צוואר ירך ימין

מחלה נוכחית

בת 72 שנים 'צלולה ועצמאית', עובדת כגנת ברקע CVA ללא חולשה שאירית מטופלת ב-PLAVIX נטילה אחרונה היום בייקר לאחר TKR מימין עברה, כמה חוזיות משנית ל LOOSENING גם ברקע יל"ד דיסלפידימיה, שוללת סוכרת

לדבריה ביום קבלתה נפלה ונחבלה בירך ימין לאחר שילד שם לה רגל במהלך עבודתה, ללא חבלות נוספות שוללת כאבים במפרק ירך טרם חבלתה

בבדיקתה רגל בסיבוב חיצוני קיצור וכיפוף ללא חסר NV צלקת בברך תקינה ללא רגישות מעל לברך וקרסול

בצילום - שבר סובטקפיטלי מימין עם תזוזה מלאה

התקבלה למחלקתנו לצורך המשך טיפול

ניתוחים באשפוז

| כמות | גניקולוגי | תאריך | שיטה ניתוחית | צד | קוד | ניתוח |
|------|-----------|-------|--------------|----|-----|-------|
|------|-----------|-------|--------------|----|-----|-------|

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096                         | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

|                                                                      |       |  |            |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-------|--|------------|--|--|
| Diagnosis: , TOTAL HIP REPLACEMENT / RECONSTRUCTION Action: , RT THA | Z8151 |  | 30/06/2025 |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-------|--|------------|--|--|

| מחלות רקע               |      |    |       |     |     |     |
|-------------------------|------|----|-------|-----|-----|-----|
| אבחנה                   | קוד  | צד | תאריך | S/P | M/P | Rec |
| Hypertension, essential | 4019 |    |       |     |     |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

| מחלות מדבקות וחידקים עמידים |                  |                   |                     |                 |       |              |      |
|-----------------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----------------|-------|--------------|------|
| סוג מחולל                   | מועד לקיחת דגימה | מקום לקיחת הבדיקה | מקור הימצאות המחולל | מועד קבלת תוצאה | סטטוס | מקור הנתונים | תוקף |
| CRE                         | 18:24 09/04/2023 | רקטום             |                     |                 | בריא  | הזנה ידנית   |      |
| Acinetobacter               | 18:24 09/04/2023 | רקטום             |                     |                 | בריא  | הזנה ידנית   |      |

#### הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

#### הוראות ומדדים

| תאריך ושעה       | קטגוריה    | מדד                | תוצאות והערות     |
|------------------|------------|--------------------|-------------------|
| 10:09 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 2                 |
| 09:09 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 4                 |
| 09:08 02/07/2025 | מדדים      | מעקב מתן שתן       | מתן שתן           |
|                  | מדדים      | כאב                | 2                 |
|                  | טיפול בפצע | בדיקת תקינות חבישה | בוצע              |
|                  | שונות      | שינוי תנוחה        | אחר, מסתובב/ת לבד |
|                  | אומדנים    | אומדן שלמות העור   | תקין              |
| 07:35 02/07/2025 | מדדים      | סטורציה            | 93                |
|                  | מדדים      | דופק               | 73                |
| 07:34 02/07/2025 | מדדים      | לחץ דם             | 92/62             |
| 07:29 02/07/2025 | מדדים      | חום                | 37.2              |
| 05:03 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 2                 |

סימנים חיוניים בקבלה

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096                         | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

| תאריך ושעה       | קטגוריה    | מדד                | תוצאות והערות     |
|------------------|------------|--------------------|-------------------|
| 10:09 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 2                 |
| 09:09 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 4                 |
| 09:08 02/07/2025 | מדדים      | מעקב מתן שתן       | מתן שתן           |
|                  | מדדים      | כאב                | 2                 |
|                  | טיפול בפצע | בדיקת תקינות חבישה | בוצע              |
|                  | שונות      | שינוי תנוחה        | אחר, מסתובב/ת לבד |
|                  | אומדנים    | אומדן שלמות העור   | תקין              |
| 07:35 02/07/2025 | מדדים      | סטורציה            | 93                |
|                  | מדדים      | דופק               | 73                |
| 07:34 02/07/2025 | מדדים      | לחץ דם             | 92/62             |
| 07:29 02/07/2025 | מדדים      | חום                | 37.2              |
| 05:03 02/07/2025 | מדדים      | כאב                | 2                 |

#### תרופות קבועות

|                                        |       |       |      |
|----------------------------------------|-------|-------|------|
| DISOTHIAZIDE TAB 25 mg Oral            | 25 mg | 1 X 1 | ביום |
| זהירות!! קיימות תרופות בעלות שם דומה!! |       |       |      |
| NORMALOL TAB 25 mg Oral                | 25 mg | 1 X 1 | ביום |
| OMEPRADEx CPL 20 mg Oral               | 20 mg | 1 X 1 | ביום |
| PLAVIX TAB 75 mg Oral                  | 75 mg | 1 X 1 | ביום |
| זהירות!! קיימות תרופות בעלות שם דומה!! |       |       |      |
| SIMVAXON TAB 40 mg Oral                | 40 mg | 1 X 1 | ביום |

#### סיכום והמלצות

מטופלת בת 72 עם רקע כמתואר בקבלתה, אשר התקבלה למחלקתנו לאלר שנפלה ונחבלה באגן מימין - אובחנה עם שבר בירך-תת ראשי מימין. הוחלל בדיון מחלקתי על צורך ניתוח להחלפה מלאה של מפרק ירך ימין. צילום קדם ניתוחי של מפרק פרכי ירכיים הדגים ממצא רנטגני המתאים לשבר תת-ראשי מימין עם תזוזה מלאה בתאריך 30/06/25 בהרדמה ספינלית, בוצע THA במהלך תקין. צילום ביקורת הדגים עמדה טובה של המשתל. לאחר הניתוח טופלה במשככי כאב, קלקסן מניעתי ופיזיותרפיה עם דריכה לפי יכולתה. סיכות טרם הוצאו. מהלך אשפוז תקין - חוץ מהחמרה בקריאטינין היום עד 1.58 - יחס פרי-רינאלי טופלה בנוזלים. כעת במצב כללי טוב, ללא חום, יציבה המודינמית ונשימתית, חתך ניתוחי תקין, אוכלת ושותה, ללא חסכים נוירולוגיים או וסקולריים. משתחררת לשיקום מוסדי

#### תרופות מומלצות להמשך טיפול

| מרשם | הערות | יחידות לניפוק | אריזות לניפוק | משך      | תדירות | מינון     | אופן מתן | שם התרופה           |
|------|-------|---------------|---------------|----------|--------|-----------|----------|---------------------|
| ✓    |       |               |               | 3 חודשים | 1 X 1  | 2000 unit | Oral     | VITAMIN D3 (VITAMIN |

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096                         | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

| מרשם | הערות                                          | יחידות לניפוק | אריזות לניפוק | משך      | תדירות ביום | מינון   | אופן מתן     | שם התרופה                                             |
|------|------------------------------------------------|---------------|---------------|----------|-------------|---------|--------------|-------------------------------------------------------|
| ✓    | בנשים הרות/מניקות יש לרשום את תרופת המקור בלבד |               |               | 5 שבועות | 1 X 1 ביום  | 40 mg   | SubCutaneous | D3 (CHOLECALCIFEROL)<br>CRUSIA PREFILLED (ENOXAPARIN) |
| ✓    | עד 5 ימים ממועד הניתוח                         |               |               | 5 ימים   | 1 X 1 ביום  | 100 mg  | Oral         | TRAMADOL<br>TRAMADOL HYDROCHLORIDE                    |
| ✓    | עד 5 ימים לאחר הניתוח. משמש כחלופה לנקסין      | 15            |               | 5 ימים   | 1 X 3 ביום  | 1000 mg | Oral         | OPTALGIN (DIPYRONE)                                   |
| ✓    | עד 5 ימים לאחר הניתוח                          | 20            |               | 5 ימים   | 1 X 4 ביום  | 1000 mg | Oral         | ACAMOL (PARACETAMOL)                                  |

#### המלצות

המלצה: -מעקב תפקודי כליות וטיפול בהתאם.  
 -המשך מעקב רופא מטפל.  
 -המשך טיפול תרופתי קבוע.  
 -משככי כאב לפי הצורך.  
 -הסרת חבישה קולואידית בבית בחלוף 5 ימים מהניתוח.  
 -הוצאת סיכות בקופת חולים בחלוף 14 ימים מיום הניתוח.  
 -ספירת דם בעוד יומיים, למעקב רופא המשפחה.  
 -המשך טיפול בקלקסן מניעתי לפי מרשם מצורף למשך 5 שבועות מיום הניתוח.  
 -להחזיר טיפול בפלווקס ביום ראשון.  
 -פיזיותרפיה עם דריכה לפי יכולת ושימוש באביזרי עזר.  
 -שיקום הליכה במסגרת מוסדית.  
 -בדיקה במרפאתנו בעוד 6 שבועות עם טופס התחייבות וצילום ביקורת. יש לתאם תור בטלפון 03-9372233.  
 -סידן וויטמין D לפי הנחיות רופא המשפחה.  
 -על מנת למנוע זיהום חיידקי של התותב יש ליטול טיפול אנטיביוטי מונע לפני קולונוסקופיה ופעולות אורולוגיות או גניקולוגיות פולשניות.  
 -בהחמרה במצב יש לפנות לבדיקה במיון.

#### אומדן רגל סוכרתית

|                              |      |
|------------------------------|------|
| מועד עדכון: 21:50 29/06/2025 | קבלה |
| מטופל מאובחן כסוכרתי         | לא   |

#### ציוני אומדנים - אומדן רגל סוכרתית

| אומדן אחרון          | תאריך          | ציון | משמעות                   |
|----------------------|----------------|------|--------------------------|
| אומדן כף רגל סוכרתית | 29/06/25 21:50 | 0    | רמת סיכון נמוכה לפתח פצע |

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096                         | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

### בדיקות עזר

| תוצאה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | תאריך      | בדיקה                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 30/06/2025 | צילום אגן                        |
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 30/06/2025 | צילום מפרק ירך ימין              |
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29/06/2025 | צילום ברך ימין במסגרת גפה תחתונה |
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29/06/2025 | צילום אגן ופרקי ירכיים           |
| <p>סיבת ההפניה:<br/>[ צלח ]</p> <p>בוצע:<br/>[ צילום חזה בתאריך 18:18 29/06/2025 מ.ג. 1205006193901 מבצע: זכי משרקי;<br/>צילום חזה;<br/>]<br/>[ צילום חזה בשכיבה:<br/>בהשוואה לצילום חזה קודם בעמידה מ-26/04/2023.<br/>צילום אקספיריטורי, במגבלה זו:<br/>ללא הדגמת תסנין, גודש ריאתי או תפליטים פלאורליים.<br/>סיכות ניתוחיות בבטן העליונה דו-צדדית, חדשות בפרק הזמן.<br/>]<br/>סיכום:<br/>[ יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!<br/>יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול. ]</p> | 29/06/2025 | צילום חזה                        |
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29/06/2025 | צילום ירך ימין                   |
| לא הוקלדה תשובה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29/06/2025 | צילום מפרק ירך ימין              |

|              |                                    |          |            |
|--------------|------------------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:    | קירזנר                             | ת. זהות: | 6527222    |
| שם פרטי:     | קלרה                               | ת. לידה: | 01/07/1952 |
| כתובת:       | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722 | מין:     | נקבה       |
| טלפון:       | 0507364096 ,                       | גיל:     | 73         |
| תאריך אשפוז: | 29/06/2025                         |          |            |
| תאריך שחרור: |                                    |          |            |

#### סיכום פיזיו

גרה עם בעלה בבנין עם מעלית.  
עצמאית בתפקוד וניידות, עובדת בצהרון.  
מעבר לישיבה בעזרה קלה, קימה לעמידה עם עזרה קלה.  
הליכה עם הליכון הידרואלי וערה קלה כ 15 מטר.  
משתחררת להמשך שיקום במסגרת אשפוז.

#### סיכום סיעוד שחרור

לאחר ניתוח החלפת ירך לאחר נפילה + שבר  
מטופלת בהכרה, מצב כללי יציב  
יציבה המודנמית ונשמטית  
אנלגטיקה לפי VAS  
ללא חום  
קיבלה טיפול כרשום  
אכלה טוב בכוחות עצמה  
מסתובבת בעזרת הליכון  
מפרישה שן ספונטני  
חבישה במראה תקין ללא סמני דימום  
משפחה ביקרה בבוקר  
עוברת לבית רבקה בליווי נהג אמבולנס להמשך שיקום  
הוסבר למטופלת על המעבר על ידי אמבולנס, בוצע ידוע המשפחה

חתימה:

נחתם ע"י: דר' שחאדה מוחמד מ.ר. 181139

|                 |        |
|-----------------|--------|
| רופא מטפל :     | רשיון: |
| דר' שחאדה מוחמד | 181139 |

חתימה דיגיטלית:



בית רבקה

מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה

הופק ע"י ד"ר קורניקוב נטליה מ.ר. 108425 09/07/2025 10:42

## סיכום ביניים מתאריך 09/07/2025

|                                             |            |          |                                   |
|---------------------------------------------|------------|----------|-----------------------------------|
| מחלקה ד' 2                                  | 01/07/1952 | ת. לידה: | שם משפחה: קירזנר                  |
| מנהל מחלקה: פרופ' הרשקוביץ אביטל מ.ר. 19884 | 6527222-1  | ת. זהות: | שם פרטי: קלרה                     |
| אח/אחות אחראיים: בלה ארונב                  |            |          | כתובת: אהרונסון שרה 18, פתח תקווה |
| מס' קבלה למחלקה: 2501533401                 | נקבה       | מין:     | 4939722                           |
| טלפון: 03-9373846                           | 73         | גיל:     | 0507364096                        |
| פקס: 03-9328118                             |            |          | טלפון: 0507364096                 |
| קבלה למחלקה: 13:09 02/07/2025               |            | מרפאה:   | סוג דם:                           |
| דד - אולם                                   |            | שם האב:  | מחוז:                             |
|                                             | אברהם      |          | גורם מממן: דן, פתח-תקוה           |

## אבחנות באשפוז

| אבחנה                                                       | קוד   | צד    | תאריך      | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|-------------------------------------------------------------|-------|-------|------------|-------|-----|-----|-----|
| FRACT.OF UNSP.INTRACAPSULAR SECTION OF NECK OF FEMUR,CLOSED | 82000 | Right |            | ✓     |     |     |     |
| TOTAL HIP REPLACEMENT / RECONSTRUCTION                      | Z8151 | Right | 30/06/2025 |       |     |     |     |
| RT THA                                                      |       |       |            |       |     |     |     |
| VITAMIN D DEFICIENCY                                        | 268   |       |            |       |     |     |     |
| Vitamin B12 deficiency                                      | 266.2 |       |            |       |     |     |     |
| URINARY TRACT INFECTION, SITE NOT SPECIFIED                 | 5990  |       |            |       |     |     |     |

## אבחנות רקע

| אבחנה                              | קוד   | צד | תאריך      | S/P | M/P | Rec |
|------------------------------------|-------|----|------------|-----|-----|-----|
| UNSPECIFIED ESSENTIAL HYPERTENSION | 4019  |    |            |     |     |     |
| HYPERLIPIDEMIA                     | 272.4 |    |            |     |     |     |
| TRANSIENT CEREBRAL ISCHEMIA        | 435   |    | 02/03/2023 | ✓   |     |     |
| DIZZINESS AND GIDDINESS (VERTIGO)  | 7804  |    |            |     |     |     |

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

מחלה נוכחית

ת 72 נ+3, ילידת ליטא, עלתה לארץ ב-1957, מתגוררת בפתח תקווה קומה שניה עם מעלית, עובדת כגננת.

ברקע - דיסליפידמיה, HTN, מ/א TKR מימין ב-2020 מ/א ניתוח בריאטרי ב-2011. מ/א CVA מטופלת בפליביקס ללא שארית [מרץ 2022 - נימול שפה, סטיית לשון לימין ללא ממצאים ב-CT ראש]. מ/א כריתת כיס מרה ב-1990 מדווחת על נפילות חוזרות בשנה אחרונה. ידוע על שברים בעבר.

S/P HIP FX RT - D/T FALL - S/P PHR - 30/06/2025

התקבלה לאחר נפילה וחבלת אגן מימין, בצילום שבר תת ראשי עם תזוזה מלאה, לאחר דיון מחלקתי הוחלט על החלפת ירך מלאה שבוצע במהלך תקין תחת הרדמה ספינלית. צילום ביקורת הדגים עמדה טובה של המשתל. לאחר הניתוח טופלה במשככי כאב, קלקסן מניעתי ופיזיותרפיה עם דריכה לפי יכולתה. סיכות טרם הוצאו. מהלך אשפוז תקין - חוץ מהחמרה בקריאטנין היום עד 1.58 - יחס פרי-רינאלי טופלה בנוזלים.

התקבלה להמשך שיקום באשפוז עם ההמלצות הבאות - הסרת חבישה קולואידית בבית בחלוף 5 ימים מהניתוח. הוצאת סיכות בקופת חולים בחלוף 14 ימים מיום הניתוח. המשך טיפול בקלקסן מניעתי לפי מרשם מצורף למשך 5 שבועות מיום הניתוח. פיזיותרפיה עם דריכה לפי יכולת ושימוש באביזרי עזר. בדיקה במרפאתנו בעוד 6 שבועות עם טופס התחייבות וצילום ביקורת. יש לתאם תור בטלפון 03-9372233. על-מנת למנוע זיהום חידקי של התותב יש ליטול טיפול אנטיביוטי מונע לפני קולונוסקופיה ופעולות אורולוגיות או גניקולוגיות פולשניות.

סיכום ביניים

מחלקה ד' 2  
מנהל מחלקה: פרופ' הרשקוביץ אביטל  
מ.ר. 19884  
אח/אחות אחראיים: בלה ארונג

|            |             |        |          |
|------------|-------------|--------|----------|
| שם משפחה:  | תאריך לידה: | קירזנר | שם פרטי: |
| 01/07/1952 | ת. זהות:    | קלרה   | סוג דם:  |
| 6527222-1  | שם האב:     |        |          |
| אברהם      |             |        |          |

הוראות לתרופות

| א. מתן       | תרופה                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | מתאריך           | ניתן על ידי                          | ביצוע אחרון      | סטטוס   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|---------|
| Oral         | TAB CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE (PLAVIX) 75 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 75 mg<br><br>בחולה המטופל בנוסף ביחד עם נוגד טסיות/קרישה נוסף/סטרואידים סיסטמיים - PPI מומלץ לשקול הוספת                                                                                                                   | 06/07/2025 08:00 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 09/07/2025 07:26 | Active  |
| Oral         | TAB HYDROCHLOROTHIAZIDE (DISOTHIAZIDE) 12.5 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 12.5 mg<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. התרופה אינה יעילה בחולי אי ספיקת כליות עם פינוי קריאטינין מתחת ל 30 מ"ל/דקה.                                                                                         | 02/07/2025 15:02 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 |                  | In Hold |
| Oral         | SYR DIPYRONE (V-DALGIN 1.25g/5mL) 1000 mg<br>X3 Per Day, Every Day<br>08:00 1000 mg<br>12:00 1000 mg<br>18:00 1000 mg<br><br>עד 4 גרם ליום. תוקף מפתחה - חודש. התרופה עלולה לגרום לתוצאות נמוכות Cholesterol, Uric acid, Lactate, Lipase, Trig, Enzymatic יש ליטול הדגימה מהמטופל Creatinine תתבצע לפני נטילה | 02/07/2025 14:58 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 09/07/2025 07:26 | Active  |
| Oral         | CPL PARACETAMOL,CAFFEINE,CODEINE PHOSPHATE (ROKAcet) 1 cpl<br>X3 Per Day, Every Day<br>08:00 1 cpl<br>12:00 1 cpl<br>18:00 1 cpl<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. בקשישים מינון מקסימלי מומלץ של פרצטמול הוא עד 3 גרם                                                                          | 02/07/2025 14:58 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 09/07/2025 07:26 | Active  |
| Oral         | CPL CALCIUM CITRATE,VITAMIN D3 (CHOLECALCIFEROL) (CALCIUM CITRATE +VIT. D3) 1 cpl<br>X1 Per Day, Every Day<br>12:00 1 cpl                                                                                                                                                                                     | 02/07/2025 14:57 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 08/07/2025 12:29 | Active  |
| SubCutaneous | SRG ENOXAPARIN (CRUSIA PREFILLED) 40 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>12:00 40 mg                                                                                                                                                                                                                               | 02/07/2025 14:56 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 08/07/2025 12:29 | Active  |

סיכום ביניים

|           |       |             |            |                                  |
|-----------|-------|-------------|------------|----------------------------------|
| שם משפחה: | קירזר | תאריך לידה: | 01/07/1952 | מחלקה ד' 2                       |
| שם פרטי:  | קלרה  | ת. זהות:    | 6527222-1  | מנהל מחלקה: פרופ' הרשקוביץ אביטל |
| סוג דם:   |       | שם האב:     | אברהם      | מ.ר. 19884                       |

אח/אחות אחראיים: בלה ארנוב

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                      |                  |         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|---------|
|            | תרופה זו דורשת התאמת מינון לתפקוד כליתי (פינוי קריאטינין מתחת ל30). נא לא לבצע החלפה עם תכשיר הביוסימילר החולה נדרש לקבל את CLEXANE- התרופה CRUSIA                                                                                                                                |                  |                                      |                  |         |
| Oral       | CAP OMEPRAZOLE (LOSEC) 20 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 20 mg<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. יש לאכול 30 דקות לאחר נטילת התרופה.                                                                                                                          | 02/07/2025 14:56 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 09/07/2025 07:26 | Active  |
| Oral       | TAB ATENOLOL (NORMALOL) 12.5 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 12.5 mg<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. שימו לב שהחולה אינו מקבל בנוסף ורפמיל או דילטיאזם לאור סיכון לחסימת AV NODE. הולכה דרך ה                                                                | 02/07/2025 14:54 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 09/07/2025 07:27 | Active  |
| Oral       | TAB ENALAPRIL MALEATE (ENALADEX) 10 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 10 mg<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. יש להימנע מדיאטה עשירה באשלגן או מתחיליפי מלח המכילים אשלגן. ניתן ליטול אנלפריל עם או בלי מזון                                                     | 02/07/2025 14:54 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 |                  | In Hold |
| Oral       | TAB SIMVASTATIN (SIMVACOR) 40 mg<br>X1 Per Day, Every Day<br>18:00 40 mg<br><br>נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. בערב. לאור אינטרקציות תרופתיות- מומלץ שלא לעבור מינון של 20 מ"ג סימבסטטין בשילוב עם אמיודרון ואמלודיפין או 10 מ"ג בשילוב עם ורפמיל, דילטיאזם או דרונדרון | 02/07/2025 14:58 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 08/07/2025 18:23 | Active  |
| Oral       | DRP VITAMIN D3 (CHOLECALCIFEROL) (VITAMIN D3) 2000 unit<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 2000 unit<br><br>לשיפור הספיגה מומלץ לתת עם ארוחה שומנית                                                                                                                                | 03/09/2025 08:00 | דר' קורניקוב נטליה<br>מ.ר. 108425    |                  | Future  |
| Sublingual | TAB VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN) (VITAMIN B12 SUBLING) 1000 mcg<br>X1 Per Day, Every Day<br>08:00 1000 mcg                                                                                                                                                                        | 04/07/2025 10:23 | דר' קורניקוב נטליה<br>מ.ר. 108425    | 09/07/2025 07:27 | Active  |

**סיכום ביניים**

מחלקה ד' 2  
מנהל מחלקה: פרופ' הרשקוביץ אביטל  
מ.ר. 19884  
אח/אחות אחראיים: בלה ארונב

|           |        |             |            |
|-----------|--------|-------------|------------|
| שם משפחה: | קירזנר | תאריך לידה: | 01/07/1952 |
| שם פרטי:  | קלרה   | ת. זהות:    | 6527222-1  |
| סוג דם:   |        | שם האב:     | אברהם      |

|      |                                                                                                                                                             |                  |                                      |                     |        |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|---------------------|--------|
| Oral | DRP VITAMIN D3<br>(CHOLECALCIFEROL) (VITAMIN D3)<br>6000 unit<br>X1 Per Day, Every Day<br>12:00 6000 unit<br><br>לשיפור הספיגה מומלץ לתת עם ארוחה<br>שומנית | 04/07/2025 10:21 | ד"ר קורניוקוב נטליה<br>מ.ר. 108425   | 08/07/2025<br>12:29 | Active |
| Oral | TAB FERROUS SULPHATE<br>(TARDYFERON) 80 mg<br>X1 Per Day, Every 2 Days<br>12:00 80 mg                                                                       | 14/07/2025 00:00 | ד"ר מאוסבך ליסה<br>מ.ר. 146261       |                     | Future |
| Oral | PWD PEG 3350 (NORMALAX) 17<br>gram<br>X1 Per Day, Every Day<br>18:00 17 gram<br><br>עם כוס מים                                                              | 02/07/2025 15:03 | ברנשטיין אנסטסיה ענת<br>מ.ר. 1030053 | 08/07/2025<br>18:23 | Active |

**מהלך ודין**

במהלך האשפוז נתן לציין:

- מבחינה קוגניטיבית: קיבלה ציון במבחן MMSE29/28. ליקוי בהעתקת מחומשים 0/1. ציור שעון תקין - 9/10.
- מבחינה רפואית:
  - \* בקבלתה לשיקום - הפרשה סרו - דמית מצלקת ניתוח, במעבדה - המוגלובין יציב סביב 9. הפרשה פסקה.
  - \* ממדי דלקת מוגברים - CRP 29 ללא עליית חום, צלקת ניתוח ללא אודם, ללא חום מקומי.
  - התלוננה על צריבה במתן שתן, נלקחה תרביית שתן, קיבלה MONUROL ח.פ. התקבלה תשובה של תרביית שתן - צמיחה של KLEB. PNEUM. התלוננות אורוגניות חלפו, לא קיבלה טיפול אנטיביוטי נוסף.
  - מעקב מעבדתי - CRP בירידה 11.4.
  - \* פצע יבש, סגור עם קרוסטה במרפק ימין. ללא סימני דלקת מסביב
  - \* במעבדה בקבלה - החמרה בתפקודי כליות, קריאטינין 1.6 עם שיפור בהמשך, קריאטינין עדכני 0.9
  - \* רמה נמוכה של VIT D ו VIT B12, מקבלת טיפול תחליפי
  - \* טיפול באוסטיופוזיס בתכשירי סידן וויטמין D. לאחר תיקון רמת VIT D מומלץ טיפול ב ACLASTA
- מבחינה שיקומית: מקבלת טיפול על ידי צוות רב מקצועי אשר כולל פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, טיפול רפואי וסיעודי ליקויים עיקריים: חולשת של רגל ימין ירך רגל ימין כיפוף ירך 2/5 ישיר ברך 3/5 קרסול 4/5 נפוחות בירך ימין, שווי שמקל לקוי בישיבה ובעמידה, כאבים ברגל מנותחת, סיבולת נמוכה עובדת על חיזוק שרירים, שיפור מעברים וניידות, ADL משתפת פעולה
- תפקודה בשלב נוכחי: מעברים בתמיכת הליכון גלגלים, ניידות בתמיכת הליכון גלגלים, עצמאית בלבוש פלג גוף עליון, זקוקה לעזרה קלה בלבוש פלג גוף תחתון, עזרה קלה ברחצה, שולטת על סוגרים.

תאריך שחרור המיועד 11.8.25

להערכת הצוות הרב מקצועי, לאור מחלות רקע, ליקויים תפקודיים, החולה לאחר שחרור תזדקק לעזרה בפעולות ADL זקוקה לעזרה במשק בית עזרה מטעם ביטוח לאומי

**סיכום ביניים**

|           |         |             |            |                                  |
|-----------|---------|-------------|------------|----------------------------------|
| שם משפחה: | קירזנר  | תאריך לידה: | 01/07/1952 | מחלקה ד' 2'                      |
| שם פרטי:  | קלרה    | ת. זהות:    | 6527222-1  | מנהל מחלקה: פרופ' הרשקוביץ אביטל |
| סוג דם:   | שם האב: | אברהם       | מ.ר. 1984  | אח/אחות אחראיים: בלה ארונב       |

ד"ר קורניקוב

**תוצאות בדיקות עזר**

| בדיקה  | תאריך      | תוצאה                                              |
|--------|------------|----------------------------------------------------|
| א.ק.ג. | 02/07/2025 | קצב סינוס, 68 פעימות לדקה סדיר LAHB ידוע מ-14.4.23 |

חתימה: \_\_\_\_\_

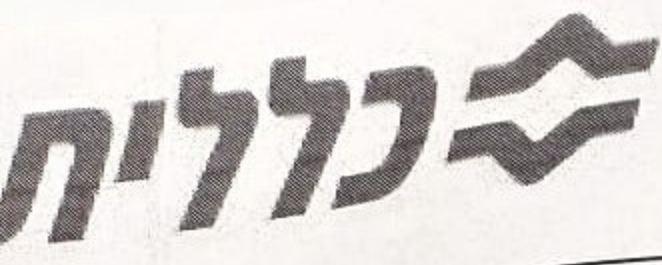
נחתם ע"י: דר' קורניקוב נטליה מ.ר. 108425

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' קורניקוב נטליה 09/07/2025 10:42

\*\*\*חסוי אישי\*\*\*

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



|          |                       |            |            |
|----------|-----------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר אירינה שטרן       | מספר רשיון | 83683      |
| תחום     | רופאת משפחה           | טלפון      | 03-9077200 |
| כתובת    | יוסף שפרינצק, 38      | פקס        | 03-9077201 |
| מרפאה    | שיכון עממי - פתח תקוה | מחוז       | דן-פ"ת     |

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

תאריך: 17/07/2025

|                 |             |          |              |             |              |            |               |
|-----------------|-------------|----------|--------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| פרטי המטופל:    | קירזנר קלרה | מס זהות: | 00065272221  | גיל:        | 73.01        | מין:       | נ             |
| שם משפחה ופרטי: | 0020374     | רחוב:    | אהרונסון שרה | טלפון נוסף: | 50 - 7364096 | ת. לידה:   | 01/07/1952    |
| מס בית:         | 18 / 1      | ישוב:    | פתח תקווה    | טלפון:      | 50 - 7364096 | סוג תאונה: | 2 תאונת עבודה |

תאריך תאונה: 29/06/2025

| קוד  | איפיון | אבחנה                 |
|------|--------|-----------------------|
| E888 |        | FALL                  |
| 820  | RT     | FRACTURE FEMUR NECK   |
| Z815 | RT     | TOTAL HIP REPLACEMENT |
| 7330 |        | OSTEOPOROSIS          |

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |              |
|-----------------|-------------------|--------------|
| מיום 29/06/2025 | עד יום 31/07/2025 | סה"כ 33 ימים |
| 17/07/2025      | 17/07/2025        | (בכלל)       |

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

שיכון עממי - פתח תקוה

ד"ר אירינה שטרן \*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



המשכיל - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 926525429  
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 926525429

## יחידת השכר

|                                   |           |            |                 |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----------------|
| מרץ 2025                          | תלוש: 375 |            |                 |
| 7445                              | אגף 2     | מוסד 22006 | גן סנונית-ק.אונ |
| קירזנר קלרה                       |           |            |                 |
| אהרונסון שרה 18 פתח תקווה 4939723 |           |            |                 |
| 65272221                          |           |            |                 |

| נתוני חופשה/מחלה | יתרת פתיחה | זיכוי | ניצול | יתרת סיום |
|------------------|------------|-------|-------|-----------|
| חופשה            | 9.70       | 1.00  |       | 10.70     |
| מחלה             | 27.80      | 1.50  |       | 29.30     |

## הודעות ועדכונים

שכר המינימום לחודש: 5,880.02 ש"ח,  
ערך שעת עבודה לפי שכר המינימום: 32.31 ש"ח.  
רכיבי שכר על פי דיווח יתייחסו לתקופה בגינה דווחו.

| שם                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | קירזנר קלרה                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ת. זהות            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 65272221                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| זיהוי נוסף: 6927   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| משרד               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7445                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| המשכיל             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| מוסד               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 22006                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| כתובת              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | אהרונסון שרה18 פתח תקווה 4939723 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| נתונים אישיים      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| תאריך לידה         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 01/07/1952                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| מצב משפחתי         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | נשואה                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| עבודת בן זוג       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | בן/בת זוג עובד/ת                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| תאריך תחילת העסקה  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 01/06/2023                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| חלקיות משרה        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0.413                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שעות תקן           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 182.000                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סך נקודות זיכוי    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2.75                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| אחוז מס שולי       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10%                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| מעמד               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 שעתי                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סמל עיסוק          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 מובילה                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| קוד ב.לאומי        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 ניכוי והפרשה לפי חוק           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ותק לשכר           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1.83                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| פרטי חשבון בנק     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| בנק                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | חשבון                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 הדואר            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30559699                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סניף               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 001                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| נתוני עזר          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1300               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ימים בחודש                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22.00              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1301               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | שעות בחודש                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 77.47              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1302               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ימים בפועל                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22.00              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1303               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | שעות בפועל                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 75.10              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 91025              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | בסיס לפנסיה                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4,881.50           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 91202              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | בסיס קה"ש                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4,881.50           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 91203              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ערך שעה/יום                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65.00              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 94010              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ברוטו ב.ל.                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5,299.50           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סכומים מצטברים     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ברוטו למס הכנסה    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 17,152.07                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| זיכוי חסכון        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 300.58                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סה"כ זיכוי מנקודות |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1,996.50                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| חודשי עבודה        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | יח"מ                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| המשכיל                 |                   |          |               |             |            |          |      |
|------------------------|-------------------|----------|---------------|-------------|------------|----------|------|
| מרץ 2025               |                   |          |               |             |            |          |      |
| פירוט תשלומים וניכויים |                   |          |               |             |            |          |      |
| תשלומים                |                   |          |               |             |            |          |      |
| סמל                    | שם סמל            | כמות     | תעריף         | זיהוי נוסף  | סה"כ       |          |      |
| שכר יסוד               |                   |          |               |             |            |          |      |
| 47                     | שעות מובילה       | 75.10    | 65.00         | 03/25       | 4,881.50   | 4,881.50 |      |
| החזר הוצאות            |                   |          |               |             |            |          |      |
| 28                     | נסיעות            | 22.00    | -             | 12/99       | 118.00     | 118.00   |      |
| תשלומים אחרים          |                   |          |               |             |            |          |      |
| 31                     | בונוס התמדה       |          |               | 03/25       | 300.00     | 300.00   |      |
| סה"כ תשלומים שוטף      |                   |          |               |             | 5,299.50   |          |      |
| הפקדות לגמל            |                   |          |               |             |            |          |      |
| תגמולים ופיצויים       |                   |          |               |             |            |          |      |
| 100                    | אלטשולר שחם פנסיה | 4,881.50 | פנסיה פיצויים | הפרשת מעסיק | ניכוי עובד | ברוטו    |      |
| 100                    | אלטשולר שחם פנסיה |          |               | אחוז        | אחוז       | סכום     |      |
|                        |                   |          |               | 6.50        | 6.00       | 317.30   | 6.00 |
|                        |                   |          |               |             |            | 292.89   |      |
| סה"כ ניכויים שוטף      |                   |          |               |             | 292.89     |          |      |
| סכום בבנק בש"ח         |                   |          |               |             | 5,006.61   |          |      |



המשכיל - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 926525429  
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 926525429

## יחידת השכר

|                          |            |           |  |
|--------------------------|------------|-----------|--|
| מאי 2025                 |            | תלוש: 378 |  |
| אגף 2                    | מוסד 22006 |           |  |
| גן סנונית-ק.אונ          |            |           |  |
| 7445                     |            |           |  |
| קירזנר קלרה              |            | 65272221  |  |
| אהרונסון שרה18 פתח תקווה |            | 4939723   |  |

| נתוני חופשה/מחלה | יתרת פתיחה | זיכוי | ניצול | יתרת סיום |
|------------------|------------|-------|-------|-----------|
| חופשה            | 7.39       | 1.08  |       | 8.47      |
| מחלה             | 30.33      | 1.38  |       | 31.71     |

## הודעות ועדכונים

שכר המינימום לחודש: 6,247.67 ש"ח,  
ערך שעת עבודה לפי שכר המינימום: 34.33 ש"ח.  
רכיבי שכר על פי דיווח יתייחסו לתקופה בגינה דווחו.





המשכיל - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 926525429  
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 926525429

## יחידת השכר

|           |                           |       |                 |      |
|-----------|---------------------------|-------|-----------------|------|
| תלוש: 410 | יוני 2025                 | אגף 2 | גן סנונית-ק.אונ | 7445 |
| 22006     | מוסד                      |       |                 |      |
| 65272221  | קירזנר קלרה               |       |                 |      |
| 4939723   | אהרונסון שרה 18 פתח תקווה |       |                 |      |

| נתוני חופשה/מחלה | ייתרה פתיחה | זיכוי | ניצול | ייתרה סגירה |
|------------------|-------------|-------|-------|-------------|
| חופשה            | 8.47        | 0.59  |       | 9.06        |
| מחלה             | 31.71       | 0.76  |       | 32.47       |
| הבראה            | 2.57        | 0.06  | 2.63  |             |

## הודעות ועדכונים



שכר המינימום לחודש: 6,247.67 ש"ח,  
ערך שעת עבודה לפי שכר המינימום: 34.33 ש"ח.  
רכיבי שכר על פי דיווח יתייחסו לתקופה בגינה דווחו.

## המשכיל

## פירוט תשלומים וניכויים

יוני 2025

| תשלומים                    |             |       |        |            |          |
|----------------------------|-------------|-------|--------|------------|----------|
| סמל                        | שם סמל      | כמות  | תעריף  | זיהוי נוסף | סה"כ     |
| שכר יסוד                   |             |       |        |            |          |
| 11                         | תשלום חגים  | 3.25  | 65.00  | 06/25      | 211.25   |
| 47                         | שעות מובילה | 34.73 | 65.00  | 06/25      | 2,257.65 |
| 2,468.90                   |             |       |        |            |          |
| החזר הוצאות                |             |       |        |            |          |
| 28                         | נסיעות      | 11.00 | -      | 12/99      | 88.00    |
| 88.00                      |             |       |        |            |          |
| תשלומים אחרים              |             |       |        |            |          |
| 50                         | דמי הבראה   | 2.63  | 418.00 | 06/25      | 1,098.31 |
| 55                         | הפחתת הבראה |       |        | 06/25      | -183.05  |
| 915.26                     |             |       |        |            |          |
| 3,472.16 סה"כ תשלומים שוטף |             |       |        |            |          |

| הפקות לגמל       |                   |         |                     |                    |               |  |
|------------------|-------------------|---------|---------------------|--------------------|---------------|--|
| תגמולים ופיצויים | ברוטו             | סוג     | הפרשת מעסיק<br>אחוז | ניכוי עובד<br>אחוז |               |  |
| 100              | אלטשולר שחם פנסיה | פנסיה   | 6.50                | 6.00               | 148.13        |  |
| 100              | אלטשולר שחם פנסיה | פיצויים | 6.00                |                    |               |  |
|                  |                   |         |                     |                    | <b>148.13</b> |  |

|          |                   |
|----------|-------------------|
| 148.13   | סה"כ ניכויים שוטף |
| 3,324.03 | סכום בבנק בש"ח    |

שם      קירזנר קלרה

ת. זהות 65272221

|                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| יהוי נוסף: 6927 |                                  |
| משרד            | 7445 המשכיל                      |
| מוסד            | 22006 גן סנונית-ק. אונ           |
| כתובת           | אהרונסון שרה18 פתח תקווה 4939723 |

## — נתונים אישיים

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 01/07/1952       | תאריך לידה           |
| נשואה            | מצב משפחתי           |
| בן/בת זוג עובד/ת | עבודות בן זוג        |
| 01/06/2023       | תאריך תחילת העסקה    |
| 0.209            | חלקיות משרה          |
| 182.000          | שעות תקן             |
| 1.87             | סך נקודות זיכוי      |
| 10%              | אחוז מס שולי         |
| שעתי             | מעמד                 |
| 3                | סמל עיסוק            |
| 13               | קוד ב.לאומי          |
| 9                | ניכוי והפרשה לפי חוק |
| 2.08             | יתק לשכר             |

— פרטי חשבון בנק

|          |      |       |
|----------|------|-------|
| חשבון    | סניף | בנק   |
| 30559699 | 001  | הדואר |

— נתוני עזר —

|        |            |             |      |
|--------|------------|-------------|------|
|        | 22.00      | ימים בחודש  | 130  |
|        | 65.00      | שעות בחודש  | 130  |
|        | 11.00      | ימים בפועל  | 130  |
|        | 34.73      | שעות בפועל  | 130  |
|        | 13/06/2025 | הפסקות עבוד | 9015 |
|        | 2,468.90   | בסיס לפנסיה | 9102 |
|        | 2,468.90   | בסיס קה"ש   | 9120 |
| 545.92 | 65.00      | ערך שעה/יום | 9120 |
|        | 3,472.16   | ברוטו ב.ל.  | 9401 |

— מאזני היעדרות —

|         |             |         |         |                          |
|---------|-------------|---------|---------|--------------------------|
| זבֿראַה | יִפְתִּיחָה | זִכּוּי | נִיצוּל | הַפְּרָשִׁים יִסְגִּירָה |
|         | 2.57        | 0.06    | 2.63    |                          |

— סכומים מצטברים —

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 30,987.23 | כרוסו למס הכנסה    |
| 558.47    | יכוי חסכון         |
| 3,780.04  | מה"כ זיכוי מנקודות |
| -183.05   | הכנסה בפריסה שנתית |

— **תאומי מס**

| מסמך  | תוקף              | עד | תקרה | מעל |
|-------|-------------------|----|------|-----|
| 01/25 | קיימת הכנסה נוספת |    |      |     |

|    |    |    |    |    |    |   |   |   |    |    |    |                |
|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----------------|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | חודשי<br>עבודה |
| 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 17 |   |   |   |    |    |    | ח' מס          |