

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 תתומים ע"י מרשתי.

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

נא ציין את מספר תעודת זהות

65272721

עמוד 1 מתוך 8

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט

☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

שם משפחה: קייסר
שם פרטי: קרה
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 65272721
טלפון קווי:
טלפון נייד: 0507364096
דואר אלקטרוני: @
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. לידעתי, 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 שרון 18	18			נתניה	4939723

2 פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/מפעל: המשפחה חקלאית חינוכית

רחוב / תא דואר: נוף הירוק
מס' בית: 2
כניסה:
דירה: רחוב 12
יישוב:
מיקוד:
מספר פקס:
טלפון קווי: 0893654814
טלפון נייד:
האם אתה אחד מבעלי התבר/בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק:
סוג העיסוק:
רחוב / תא דואר:
מס' בית:
כניסה:
דירה:
יישוב:
מיקוד:
טלפון קווי:
טלפון נייד:
טלפון פקס:

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר

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

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה | חודש | יום
2025 | 06 | 29

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 מסר). נא פרט זאת באמצעות שני העלתי
בא וראיתי א הא

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

נא ציין את מספר תעודת זהות: 6527221

עמוד 3 מתוך 8

4

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

האיבר שנפגע אין וירוס	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) שבר זרז	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) זית תולאם השרון
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____	תקופת אשפוז שעה _____	שם בית החולים / מחלקה זית תולאם השרון - מחלקה אורתופדית

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

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
ד"ר 237	אורתופדיה		

5

סיוע ויצוג בהגשת תביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפיו כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברוואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע _____

כתובת כרך 222 הולד, רמת גן	טלפון 03-7412358
-------------------------------	---------------------

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 _____

תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

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

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.
קול זקן 272221 "א" כ"ר"א

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
30	06	2025			
עד תאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
עד תאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☒ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך
שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 13:00 עד שעה 16:00
☐ עבודה במשמרות

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה X

נא ציין את מספר תעודת זהות 65272221

עמוד 5 מתוך 8

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיוגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטים שרשומים מטה:

שמות בעלי החשבון	שם הבנק	מס' סניף	מספר חשבון
קירצור קר/ה	הקואר	01	30559 699

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

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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. ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

תאריך 17/7/25 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

8 JUN 6 TIME

בא ציין את מספר תעודת זהות 65272221

לחילוי (י"י המעסיק אם התובע עובד שכיר) (בתביעה של עזמא) - ימלא התובע

[illegible][illegible]

3 פרטים על השילום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בזמן ליום הפגיעה) ☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדה לזכות העובד עד יום הפגיעה: 32 יר

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא מצבו ימי מחלה ☐ אחר ☐ העובד זכאי לשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן) _____

4 הצהרת המעסיק

אם התחמתים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרם אם נכונים לפי מעטב ידיעתם. אם מאשרים כי החובע העסק על ידו מנובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן: _____

תאריך: 15/7/25 תפקיד החותם: מנהל שם החותם: ד"ר פ. פ. פ. חתימה וחותמת * _____

חמשכיל מוריקסים חינוכיים ר"ח
514174077 ח.ח.

5 פרטים נוספים למעסיק/קרן דמי מחלה

☐ העובד זכאי לפסור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נמל בהרשאה מעורר מוטאין כחוק. ☐ העובד אינו נמל עם השוברים שבמסגרת ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

זיכוי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח ☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימה המעסיק/חתימת * _____

(חריש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

65272221

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	165272221
שם משפחה	ד' רז	שם פרטי	חיה
תאריך הפגיעה	שנה 2025 חודש 06 יום 29	חבר בקופת חולים	
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ 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 אודותי.

17/7/25

חתימת המבוטח *

ח

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטי)

<u>שם משפחה</u> קרייזר	<u>שם פרטי</u> זלרה	<u>תעודת זהות</u> 06587221	<u>שם האב</u> זלרה
<u>רחוב</u> שרה אהרנסון	<u>מס'</u> 18	<u>מיקוד</u> 4939722	<u>טלפון</u> 0507364096

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 הבריאותי 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 הבריאותי 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

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

תאריך: 16/7/25 עד לחתימה ומס' _____
מס' רשמי: 62254 חתימה: _____ X

קרייזר
זלרה

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, ק"ר ר' יצחק, מס' 0652222, מרחוב שרה אהרנסון 18 כ"ח תמוז,
ת.ז. מס' 0652222, מרחוב שרה אהרנסון 18 כ"ח תמוז,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן
רשות לערער, ערעור, חודעה, 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 הוגש יפוי
הכח, בדרגה בה הוגש.
 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 ושחרורים 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 ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות
השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,
לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה
בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינדג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

סיכום אשפוז

מחלקה אורתופדית - טלפון: 03-9372233 פקס: 03-9372501	
מנהל מחלקת אורתופדיה ד"ר מוסטפא יאסין	מנהל יחידת מחקר ושירות כף רגל: ד"ר דרור רובינסון
מנהל הסיעוד 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							
Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Right	82000	FRACT.OF UNSP.INTRACAPSULAR SECTION OF NECK OF FEMUR,CLOSED

תלונה עקרית

שבר צוואר ירך ימין

מחלה נוכחית

בת 72 שנים 'צלולה ועצמאית', עובדת כגננת
ברקע CVA ללא חולשה שאירית מטופלת ב-PLAVIX נטילה אחרונה היום בייקר
לאחר TKR מימין עברה, כמה רוויזיות 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

שם פרטי: קלרה

כתובת: אהרונסון שרה 18 פתח תקווה, 4939722

טלפון: 0507364096

תאריך אשפוז: 29/06/2025

תאריך שחרור:

ת. זהות: 6527222

ת. לידה: 01/07/1952

מין: נקבה

גיל: 73

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 הגתונים
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		
טלפון:	0507364096		
תאריך אשפוז:	29/06/2025		
תאריך שחרור:			
מין:	נקבה	גיל:	73

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

DISOTHAZIDE 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
OMEPRADDEX 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 כמותאור בקבלתה, אשר התקבלה למחלקתנו לאלר שנפלה ונחבלה באגן מימין - אובחנה עם שבר בירך-תת ראשי מימין.

הוחלא 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 ספילית, 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 בקריאטנין היום עד 1.58 - יחס פרי-רינאלי טופלה בנוזלים.

קעת 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		
טלפון:	0507364096		
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)
✓	עד 5 ימים ממועד הניתוח			5 ימים	1 X 1 ביום	100 mg	Oral	TRAMADOL (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	תאריך	ציון	משמעות
אומדן אחרון	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:	אהרנסון 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
סיבת ההפניה: [צלח] בוצע: [צילום חזה בתאריך 18:18 29/06/2025 מ.ג. 1205006193901 מבצע: זכי משרקי; צילום חזה;] [צילום חזה בשכיבה: בהשוואה לצילום חזה קודם בעמידה מ-26/04/2023. צילום אקספיריטורי, במגבלה זו: ללא הדגמת תסנין, גודש ריאתי או תפליטים פלאורליים. סיכות ניתוחיות בבטן העליונה דו-צדדית, חדשות בפרק הזמן.] סיכום: [יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד! יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.]	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 :	רישיון:
דר' שחאדה מוחמד	181139

חתימה דיגיטלית:



מרכז רפואי שיקומי גריאטרי

בית רבקה

מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה

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

סיכום ביניים מתאריך 09/07/2025

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

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

72 +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 בפלביקס 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 חיידי של התותב יש ליטול טיפול אנטיביוטי מונע לפני קולונוסקופיה ופעולות אורולוגיות או גניקולוגיות פולשניות.

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. 19884

אח/אחות אחראיים: בלה ארנוב

הוראות לתרופות

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

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. 19884	

אח/אחות אחראיים: בלה ארנוב

	תרופה זו דורשת התאמת מינון לתפקוד כללי (פניו קריאטינין מתחת ל-30). נא לא לבצע החלפה עם תכשיר הביוסימילר החולה נדרש לקבל את CLEXANE- התרופה CRUSIA				
Oral	CAP OMEPRAZOLE (LOSEC) 20 mg X1 Per Day, Every Day 08:00 20 mg נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. יש לאכול 30 דקות לאחר נטילת התרופה.	02/07/2025 14:56	ברנשטיין אנסטסיה ענת מ.ר. 1030053	09/07/2025 07:26	Active
Oral	TAB ATENOLOL (NORMALOL) 12.5 mg X1 Per Day, Every Day 08:00 12.5 mg 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 מ.ר. 1030053	09/07/2025 07:27	Active
Oral	TAB ENALAPRIL MALEATE (ENALADEX) 10 mg X1 Per Day, Every Day 08:00 10 mg נדרשת תשומת לב - קיימת תרופה עם שם דומה. יש להימנע מדיאטה עשירה באשלגן או מתחליפי מלח המכילים אשלגן. ניתן ליטול אנלפריל עם או בלי מזון	02/07/2025 14:54	ברנשטיין אנסטסיה ענת מ.ר. 1030053		In Hold
Oral	TAB SIMVASTATIN (SIMVACOR) 40 mg X1 Per Day, Every Day 18:00 40 mg 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 מ.ר. 1030053	08/07/2025 18:23	Active
Oral	DRP VITAMIN D3 (CHOLECALCIFEROL) (VITAMIN D3) 2000 unit X1 Per Day, Every Day 08:00 2000 unit לשיפור הספיגה מומלץ לתת עם ארוחה שומנית	03/09/2025 08:00	דר' קורניקוב נטליה מ.ר. 108425		Future
Sublingual	TAB VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN) (VITAMIN B12 SUBLING) 1000 mcg X1 Per Day, Every Day 08:00 1000 mcg	04/07/2025 10:23	דר' קורניקוב נטליה מ.ר. 108425	09/07/2025 07:27	Active

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.	19884

אח/אחות אחראיים: בלה ארנוב

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

מהלך ודין

במהלך האשפוז נתן לציין:

1. מבחינה קוגניטיבית: קיבלה ציון במבחן MMSE29/28: ליקוי בהעתקת מחומשים 0/1 .
ציור שעון תקין - 9/10 .

2. 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. התלונות אורגניות 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, VIT B12, מקבלת טיפול תחליפי
* טיפול באוסטיופורה בתכשירי סידן וויטמין D. לאחר תיקון רמת VIT D מומלץ טיפול ב-ACLASTA

3. 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 ישירות 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 ארנוב

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.

ד"ר קורניקוב

תאריך: 17/07/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

קירזנר קלרה

ת.לידה: 01/07/1952

מס בית: 18 / 1

0020374

פתח תקוה

טלפון: 50 - 7364096

מס זהות: 00065272221

רחוב: אהרונסון שרה

טלפון נוסף: 50 - 7364096

גיל:

73.01

מין: נ

סוג תאונה:

2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 29/06/2025

אבחנות

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 לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 29/06/2025

עד יום 31/07/2025

(בכלל)

סה"כ 33 ימים

17/07/2025

17/07/2025

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



המשקל - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

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

יחידת השכר				
תלוש: 375		מרץ 2025		
22006	מוסד	2	אגף	7445
			גן סנונית-ק.אונו	
65272221		קירזנר קלרה		
		אהרונסון שרה18 פתח תקווה 4939723		

נתוני חופשה/מחלה	ייתרת 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.



המשכיל

מרץ 2025 פירוט תשלומים וניכויים

תשלומים					
סמל	שם סמל	כמות	תעריף	זיהוי נוסף	סה"כ
47	שכר יסוד שעות מובילה	75.10	65.00	03/25	4,881.50 4,881.50
28	החזר הוצאות נסיעות	22.00	-	12/99	118.00 118.00
31	תשלומים אחרים בונוס התמדה			03/25	300.00 300.00
סה"כ תשלומים שוטף					
5,299.50					

הפקדות לגמל					
תגמולים ופיצויים	ברוטו	סוג	הפרשת סוג	מעסיק אחוז סכום	ניכוי עובד אחוז
100 אלטשולר שחם פנסיה	4,881.50	פנסיה	6.50	317.30	6.00
100 אלטשולר שחם פנסיה		פיצויים	6.00	292.89	
292.89					

292.89	סה"כ ניכויים שוטף
5,006.61	סכום בבנק בש"ח

שם קירזנר קלרה

ת. זהות 65272221

זיהוי נוסף: 6927	
משרד 7445	המשכיל
מוסד 22006	גן סנונית-ק.אוונו
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 שעת
סמל עיסוק	13 מובילה
קוד בלאומי	9 ניכוי והפרשה לפי חוק
ותק לשכר	1.83

פרטי חשבון בנק	
בנק	סניף
9 הדואר	001
30559699	חשבון

נתוני עזר	
1300	ימים בחודש
1301	שעות בחודש
1302	ימים בפועל
1303	שעות בפועל
91025	בסיס לפנסיה
91202	בסיס קה"ש
91203	ערך שעה/יום
94010	ברוטו בל.
545.92	65.00
5,299.50	22.00

סכומים מצטברים	
17,152.07	ברוטו למס הכנסה
300.58	זיכוי חסכון
1,996.50	סה"כ זיכוי מנקודות

חודשי עבודה	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
יח' מס	25	25	25									

שכר בסיס תוספות עבודה נוספת החזר הוצאות תש' אחרים ברוטו שוטף הפרשים סך תשלומים ניכוי חובה ניכוי משרד ניכוי חו"ז סכום בבנק

4,881.50 0.00 0.00 0.00 5,299.50 0.00 5,299.50 300.00 118.00 0.00 0.00 292.89 5,006.61



המשקל - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

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

יחידת השכר				
מאי 2025	תלוש: 378			
אגף 2	מוסד 22006			
גן סנונית-ק.אוונו				7445
קירזנר קלרה	65272221			
אהרונסון שרה 18	פתח תקווה 4939723			

נתוני חופשה/מחלה	ייתרת 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

פירוט תשלומים וניכויים מאי 2025

סמל	שם סמל	כמות	תעריף	זיהוי נוסף	סה"כ
תשלומים					
11	שכר יסוד	3.25	65.00	05/25	211.25
47	תשלום חגים	61.87	65.00	05/25	4,021.36
	שעות מובילה				4,232.61
החזר הוצאות					
28	נסיעות	20.00	-	12/99	157.50
					157.50
תשלומים אחרים					
31	בונוס התמדה			05/25	300.00
					300.00
	סה"כ תשלומים שוטף				4,690.11

הפקדות לגמל

ברוטו	סוג	הפרשת סוג	מעסיק	ניכוי עובד	תגמולים ופיצויים
4,232.61	פנסיה	6.50	275.12	6.00	253.96
	פיצויים	6.00	253.96		253.96
					253.96

סה"כ ניכויים שוטף

סכום בבנק בש"ח

קירזנר קלרה

ת. זהות 65272221

זיהוי נוסף: 6927	
משרד 7445	המשכיל
מוסד 22006	גן סנונית-ק.אונו
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	0.358
שעות תקן	182.000
סך נקודות זיכוי	2.75
אחוז מס שולי	10%
מעמד	3 שיעתי
סמל עיסוק	13 מובילה
קוד ב.לאומי	9 ניכוי והפרשה לפי חוק
ותק לשכר	2.00

פרטי חשבון בנק

בנק	סניף	חשבון
9 הדואר	001	30559699

נתוני עזר

1300	ימים בחודש	21.00
1301	שעות בחודש	65.00
1302	ימים בפועל	20.00
1303	שעות בפועל	61.87
91025	בסיס לפנסיה	4,232.61
91202	בסיס קה"ש	4,232.61
91203	ערך שעה/יום	65.00
94010	ברוטו ב.ל.	4,690.10

סכומים מצטברים

ברוטו למס הכנסה	27,515.08
זיכוי חסכון	506.63
סה"כ זיכוי מנקודות	3,327.50

תאומי מס

סוג מס	תוקף	אחוז עד	תקרה	אחוז מעל
קיימת הכנסה נוספת	01/25			

חודשי עבודה	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
יח' מס	25	25	25	25	25							

שכר בסיס תוספות עבודה נוספת החזר הוצאות תש' אחרים ברוטו שוטף הפרשים סך תשלומים ניכוי חובה ניכוי משרד ניכוי חו"ר סכום בבנק

4,232.61 0.00 0.00 0.00 157.50 300.00 4,690.11 0.00 4,690.11 0.00 253.96 4,436.15



המשיב - מוטי קינד 2 רחובות.

זיהוי מעסיק: 514174077.

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

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

נתוני חופשה/מחלה	ייתרת פתיחה	זיכוי	ניצול	ייתרת 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
סה"כ תשלומים שוטף					3,472.16
הפקדות לגמל					
תגמולים ופיצויים					
ברוטו	סוג	הפרשת מעסיק אחוז	ניכוי עובד אחוז		
2,468.90	פנסיה פיצויים	6.50	6.00	160.48	148.13
					148.13
סה"כ ניכויים שוטף					
					148.13
סכום בבנק בש"ח					
					3,324.03

שם		קירזנר קלרה		ת. זהות		65272221	
זיהוי נוסף:		6927					
משרד		7445		המשכיל			
מוסד		22006		גן סנונית-ק.אוונו			
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		0.209					
שעות תקן		182.000					
סך נקודות זיכוי		1.87					
אחוז מס שולי		10%					
מעמד		3 שעתי					
סמל עיסוק		13 מובילה					
קוד ב.לאומי		9 ניכוי והפרשה לפי חוק					
ותק לשכר		2.08					
פרטי חשבון בנק							
בנק		סניף		חשבון			
9		001		30559699			
הדואר							
נתוני עזר							
1300		ימים בחודש		22.00			
1301		שעות בחודש		65.00			
1302		ימים בפועל		11.00			
1303		שעות בפועל		34.73			
90158		הפסקות עבוד		13/06/2025			
91025		בסיס לפנסיה		2,468.90			
91202		בסיס קה"ש		2,468.90			
91203		ערך שעה/יום		65.00			
94010		ברוטו ב.ל.		3,472.16			
545.92							
מאזני היעדרות							
י.פתיחה		זיכוי		ניצול		הפרשים י.סגירה	
2.57		0.06		2.63			
הבראה							
סכומים מצטברים							
ברוטו למס הכנסה		30,987.23					
זיכוי חסכון		558.47					
סה"כ זיכוי מנקודות		3,780.04					
הכנסה בפריסה שנתית		-183.05					
תאומי מס							
סוג מס		אחוז עד תקרה		אחוז מעל			
קיימת הכנסה נוספת		01/25					
חודשי עבודה							
1		2		3		4	
25		25		25		25	
5		6		7		8	
25		17					
9		10		11		12	
יח' מס							

שכר בסיס	תוספות	עבודה נוספת	החזר הוצאות	תש' אחרים	ברוטו שוטף	הפרשים	סך תשלומים	ניכויי חובה	ניכויי משרד	ניכויי חו"ר	סכום בבנק
2,468.90	0.00	0.00	88.00	915.26	3,472.16	0.00	3,472.16	0.00	0.00	148.13	3,324.03