



Freiberg Raskin

Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר

מבלי לפגוע בזכויות

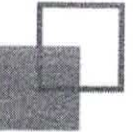
06 אוגוסט 2025
Office@freiberg-law.com

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 11/02/25

הנפגעת: וסנה סטבנוביץ, ת"ז 326999257

1. הריני מייצג את מרשתי הנפגעת שבנדון, ומתכבד לפנות אליכם כדלקמן:
2. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 5

326999257

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי		שם משפחה	
וסנה		פזעזע	
מספר זהות ס"ב		מספר אישי בצה"ל	
326999257			
תאריך לידה		עיסוק	
14061966		שכיר ☒ עצמאי ☐	
שנה חודש יום		מין ☐ זכר ☒ נקבה ☒	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב/תא דואר		מס' בית	
יזחק שדה		6	
מיקוד		דירה	
5801203		23	
דואר אלקטרוני		טלפון נייד	
@		0528580179	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - אנא השלם את הפרטים הבאים:			
שם פרטי של איש קשר		שם משפחה של איש קשר	
מס' זהות של איש קשר ס"ב			
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)			
רחוב/תא דואר		מס' בית	
מיקוד		דירה	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	
11022025	
שנה חודש יום	
פרטים על הפגיעה: זיהוי פגיעה מהאירוע, קשה יחסית, כמעט לא מהלך אישי ולא יתחילת קיד ימין, קשה יד שמאל.	

3

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

κ3

מקום השירות

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט וולפס

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

רצ"ג
פירוש רגלי

כאבים זקוקים ימין
כאבים זקוקים שמאל
קושי ללכת זהירות
החלפת מלווה ימני לזיף ש-מא

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

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

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

אגף ה"פ"ז רמ"ט

אגף ה"פ"ז רמ"ט

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
ומה סמל			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	חולון סניף	827	001880724

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 6.9.23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

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

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 6.9.23 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

עמוד 5 מתוך 5

326499257

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

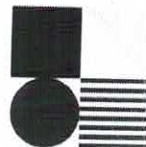
קוד גמלה	11	מספר זהות/דרכון	326499257	תאריך הפגיעה	11/02/2025
שם משפחה	Piquet Co	שם פרטי	אסתר	שנה	2025
חבר בקופת חולים					
כללית	☐	מאוחדת	☒	מכבי	☐
לאומית	☐	אחר	☐		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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.

תאריך 6.2.25 חתימת המבוטח *



טל: 03-5028211 | וואטסאפ: 03-5028111 | wolfson.org.il | 03-5028111
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012
Tel: +972 3 5028211 | Whatsapp: +972 3 5028111

מערך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדר"י מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	קופת חולים: מכבי	כתובת: אזור יצחק שדה 6 אזור

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 11/02/2025 שעת קבלה: 16:00 מספר ביקור: 11826760

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 11/02/2025 שעה: 20:48

יעד השחרור: לביתו/ה

אבחנות							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E988.5			✓			
CONTUSION OF CHEST WALL	922.1						
CONTUSION OF UNSPECIFIED PART OF UPPER LIMB	923.9						

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות רקע						
אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
Vulvar cancer	184.4					

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא
דרך הגעה: עצמאי

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

תלונת החולה בקבלה למיון

חבלת חזה ובטן שמאל

מחלה נוכחית

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת הקאות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי

מצב כללי טוב יציב המודינמי ונשימתי GCS 15. זוכרת פרטי האירוע

ראש

ללא סימני חבלה, ללא רגישות. ללא עדות לשבר בעצמות הפנים.

עיניים

תנועות עיניים תקינות, אישונים שווים ומגיבים לאור

צוואר

תנועות צוואר חופשיות, ללא רגישות על עמ"ש צווארי או גבי

בית חזה וריאות

בית חזה סימטרי, ללא סימני חבלה רגישות מעל קשת צלעות משמאל, כנסית אוויר טובה ושווה דו צדדי.

בטן

בטן רכה לא תפוחה, רגישות בבטן שמאלית עליונה במשוש עמוק, ללא תנגודת, ללא סימני חבלה, FAST -שלילי.

גפיים

רגשות בהנעת כף יד ימין, ואצבע ראשונה. ללא דפורמציה.

נוירולוגית

כוח גס תקין, רומברג שלילי, מבחן אצבע אף תקין

מדדים

סטורציה ממכשיר	לחץ דם	דופק	חום	תאריך ושעה
+95				16:06 11/02/2025
		92		16:06 11/02/2025
	125/85			16:06 11/02/2025
			+36.9	16:05 11/02/2025

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקות עזר ברכיב

שם משפחה: סטנוביץ	שם פרטי: זסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT בטן ואגן	11/02/2025	תאריך הפענוח: 11.02.2025 שעת הפענוח: 19:26:33 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית טכניקה: בטן ואגן נסרקו לאחר הזרקת חומר ניגודי יודי תוך ורידי בפרוטוקול טראומה. התוויה: בת 58, חבלת בטן חזה צד שמאל, בבדיקתה רגישות בבטן שמאלית עליונה ללא סימני חלבה. FAST -שלילי. לא ידוע על רגישות ליד. השוואה ל-CT בטן מ-13.6.2018. ממצאים: בסיס הריאות - בולת אוויר ב-LLL. שינויים דפנדנטיים ופיברואטלקט. וושט עם תוקן נוזלי רפלוקס? הכבד תקין בגודל מרקם. לא הודגם תהליך מוקדי. לא הודגמה הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות. כיס המרה בעל דפנות עדינים, ללא עדות לאבנים או דלקת חריפה. טחול תקין בגודל ובמרקם. אדרנלים - משמאל מעובה אך שומר על צורה שלו בצפיפות מינוס 1 בשלב ללא הזרקה המתאים לאדינומה, מימין ללא ממצא חריג. לבלב תקין במרקמו ובמבנהו. לא הודגמה הרחבת צינור הלב. כליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס. שופכנים אינם מורחבים. רטרופריטונאום ללא הגדלת קשריות לימפה. אאורטה בטנית אינה מורחבת. שינויים טרשתיים באאורטה וענפיה. SMA, CELIAC, IMA ללא הצרות משמעותיות. העורקים הרנליים הראשים, עורקי הכסל המשותפים והחיצוניים, CFA, DFA SFA, ללא היצרויות או דיסקציה. במגבלות העדר מילוי לולאות המעינים ע"י חומר ניגוד פומי, ללא הרחבה או עיבוי דופן ברור. סעיפים בסיגמא ללא סימני דלקת חריפה. תוספתן לא הודגם בוודאות. ללא נוזל חופשי בבטן או באגן. ללא אוויר חופשי בבטן או באגן. שלפוחית השתן במילוי חלקי. רחם - בגודל תקין. תוכן היפודניס לקולרציה עם רופה נשים. מבנה גרמי שינויים ניווניים בעמוד שדרה. ללא עדות לתהליך אגרסיבי. תת עור - בקע טבורי קטן מכלי שמון. סיכום: ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. ד"ר ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם ד"ר ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. ד"ר ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. ד"ר סעיד חאלד מספר רשיון: 167311

יעוצים

פרטי המבקש :	ד"ר שקור וואסים מ.ר. 155134
תאריך :	11/02/2025 16:32
מחלקה מיעצת :	אורתופדיה
תאריך ביקור מתוכנן :	11/02/2025
דחיפות :	רגיל
הגדרת הבעיה :	בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.
השאלה ליועץ :	הערכה

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.	תשובה סופית	11/02/2025 20:46	ד"ר יפיוב פאבל	מ.ר. 1162934

בבדיקתה:
נפחות מעל מסרק 2-3 ורגישות

שם משפחה: סטנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

יעוצים

תשובת היועץ

מניעה אצל בעיות בחופשיות ללא גזרור
ללא רגישות שורש יד ללא רגישות במישוש SB

בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משכי כאבים לפי רגישות וצורך
קירור מקומי לסירוגין 48 שעות קרובות אזורי חבלה
לשוב לרופא זמין בהחמרה כולשה או במידה וכאב לא
יעבור בעוד 7 ימים
חופש מחלה 5 ימים

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	11/02/25 16:39	11/02/25 16:32
הוזן ידנית			
GFR estimated	ml/(min.1.73m	60 - 90	76
בדיקות חלבונים ספציפיים בדם			
CRP - B	mg/dl	0.00 - 0.50	0.95 ↑
בדיקות כימיה בדם			
Glucose - B	mg/dl	70.0 - 100.0	124.2 ↑
Urea - B	mg/dl	18 - 50	40
Sodium - B	mmol/L	136.0 - 145.0	139.6
Potassium - B	mmol/L	3.50 - 5.10	4.10
Chloride - B	mmol/L	98 - 107	100
Osmolality calculated - B	mOsm/kgH2O	275 - 295	293
Creatinine-B	mg/dL	0.51 - 0.95	0.88
Hemolysis Index			19.00
Lipemic Index-B			101.00
בדיקות קרישה			
PT-SEC	sec.	11.0 - 13.5	11.0
PT-INR	INR	0.90 - 1.40	0.98
PTT (FSL, sensitive to LAC)	sec.	17.0 - 35.0	29.6
ספירת דם			
WBC	$10^3/\mu\text{l}$	4.0 - 10.0	8.0
RBC	$10^6/\mu\text{l}$	4.0 - 5.2	4.6
HGB	g/dl	12.0 - 16.0	13.2

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

11/02/25 16:39	11/02/25 16:32	ערכי ייחוס	* בדיקות
	39.1	36.0 - 46.0 %	HCT
	85.6	80.0 - 100.0 fl.	MCV
	29.0	26.0 - 32.0 pg	MCH
	33.9	30.0 - 37.0 g/dl	MCHC
	15.8	12.3 - 17.7 %	RDW
	327	150 - 450 10^{10} / μ l	PLT
	7.5	6.5 - 10.0 fl.	MPV
	1.26	0.51 - 2.17 %	Reticulocytes %
	0.06	0.02 - 0.09 10^{10} / μ l	Reticulocytes abs
	57.5	42.0 - 72.0 %	NEUTRO%
	31.1	20.0 - 45.0 %	LYMPHO%
	8.3	2.0 - 10.0 %	MONO%
	2.0	0.0 - 6.0 %	EOS%
	1.1 ↑	0.0 - 1.0 %	BASO%
	0.1	0.0 - 0.3 %	NRBC%
	4.6	1.5 - 7.5 10^{10} / μ l	Neutrophil abs.
	2.5	1.5 - 4.0 10^{10} / μ l	Lymphocyte abs.
	0.7	0.2 - 0.8 10^{10} / μ l	Monocyte abs.
	0.2	0.0 - 0.4 10^{10} / μ l	Eosinophil abs.
	0.1	0.0 - 0.1 10^{10} / μ l	Basophil abs.
			ללא שיוך למעבדה
0.00			Icteric Index-B
	0.0	0.0 - 0.0 10^{10} / μ l	NRBC abs.

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום ודיון

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת הקאות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משתחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לאוריינטציה	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: המטופל.ת קיבל.ה הדרכה על אוריינטציה מחלקתית והמשך שלבי טיפול במלר"ד								
נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי								

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 16:07 11/02/2025	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
תאריך ושעה:	16:06 11/02/2025
עצמת הכאב	3
מיקום הכאב	צלעות
תדירות הופעת הכאב	אקוטי
כמה זמן נמשך הכאב	קבוע

המלצות כלליות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל בקהילה .
 -משככי כאבים לפי הצורך למשל אקמול / אופטלגין בהתאם להוראות יצרן .
 -מנוחה וחופש מחלה 3 ימים .
 -ראה המלצות רופא אורתופד- יצוץ מצורף עם ההמלצות.
 -בכל החרמה במצב לרבות החרמה בכאבי בטן, הקאות מרובות, הופעת שטף דם מעל העור, קוצר / קושי נשימה או כל החרמה אחרת במצב יש לפנות מידית לבדיקה רפואית דחופה.

בברכת רפואה שלמה!

חופשת מחלה: 3 ימים.

- 1 מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
- 2 בכל החרמה במצב יש לפנות לגורם רפואי

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' שקור וואסים מ.ר. 155134	רופא/ה	11/02/2025 20:48

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החרמה יש לפנות לרופא בהקדם

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,

מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים | 🔍

03-5028111

03-5028111



וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי | 🔍

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



גיל: 58.7

שם רופא/ה: דר' אפי כזום
תחום הטיפול: אורתופדית כתף

מספר ביקור: 4492265

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	17:25:35 13/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום
ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-
מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה
כיפוף, יציבות APML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת
הצורך

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
בתוקף עד - 15/02/2025	מוקד רפואה דחופה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

אפי כזום
דר' אפי כזום
120927
אורטופד מומחה, מ.ר.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדיית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

קוד הפניה: 420637483

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

• CONTUSION

אבחנה:

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעשנת/ת : כן

מומנה לצורך:

מופנת למוקד לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 14/02/2025 בשעה 17:24

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

0326999257

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

האמה וחותמת

טל. שירותי חירום: 120
מ.ר. 120927
אורטופד תומך טל. שירותי חירום

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



027882



דר' שילוח פארג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה:	14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203	טל.עבודה/נייד: 0528580179
0326999257			

תאונת עבודה

במשך: 15 ימים, היינו מיום: 12/02/2025 עד יום: 26/02/2025 (בכלל)

19/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב -	תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.
--------	--

16591
2025/02/19
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה

תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שילוח פארג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה:	14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור	טל.עבודה/נייד: 0528580179	מיקוד 5801203

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כ/ל) כ	שם המעביד וכתובתו לב זהב שירותי סיעוד	מקצוע מטפלת
ת. פגיעה 11/02/2025	שעה 16:00	התעסקות בשעת הפגיעה ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה		
האיבר שנפגע רגל, יד, בטן	שם הרופא המטפל שילוח	נמצא בטיפול מיום 14/02/2025		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 14/02/2025 בשעה 10:31:43
ב - 11.02.25 ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה כנוסעת באוטובוס.
האוטובוס התנגש עם רכב אחר. נפלה. נחבלה בחזה, ובטן משמאל.
פנתה למיון.
נבדקה. בוצע CT.
- ללא עדות לפגיעה באיברים פנימיים ללא עדות לדימום פעיל ללא עדות לשברים.
הומלץ חופשת מחלה 5 ימים.
שיכוך כאבים לפי הצורך.

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44
עדיין כאובה מאוד.
אינה יכולה ללכת - כאבים ברגל שמאל והמטומה בכף הרגל, כאבים בבטן ובגב יד ימין

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- RIB PAIN
- HAND PAIN Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת



דר' דאיזדה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		
0326999257			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)**תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה**

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
סלובודן	כן	

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
 צולעת על ברך שמאל.
 רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
 נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 11/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 20 ימים, היינו מיום: 27/02/2025

עד יום: 18/03/2025 (בכלל).

23/02/2025

תאריך הבדיקה



גיל: 58.8

שם רופא/ה: ד"ר דאיודה איזק

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

15428387

מספר ביקור:

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:34:10 23/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום
ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה
כיפוף, יציבות APIML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת
הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.
כאבים והגבלה בברך ימין

11/02/2025

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.

נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.

בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
Hand		Rt	CONTUSION
Knee		Lt	CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, כף יד ימין (אלכסון + AP)
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
25/03/2025 - בתוקף עד	הפניה לאבזור / ציוד רפואי-ציוד עזר

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	C00024	27/02/2025	18/03/2025

ד"ר דאיודה איזק
אורתופד מומחה
מ.ר. 182
מ.ר. 108.4

מוזמן למעקב:

על פי צורך

תאריך: 24/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר דאידה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

קוד הפניה: 426822600

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

ריפוי בעיסוק

תלונות: בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-
מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.
כאבים והגבלה בברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.
רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.
בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

===

אוסטאופניה.
שינויים ניוניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.
לא הודגם שבר או פריקה.
המשך טיפול
ממליץ:
המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

אבחנות:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

בעיות ידועות:

רגישויות:

הודפס בתאריך: 26/03/2025 13:25
הודפס ע"י: ד"ר גוייצקי מיכאל
רישום מתאריך: 26/03/2025 13:21:53

דף 1

רישום ביקורים
סטבנוביץ וסנה; ת.ז.: 326999257; גיל: 58.9

גיל: 58.9

שם רופא/ה: ד"ר גוייצקי מיכאל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 18800893

תלונות: ללא שיפור

11/02/2025

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: רגישות

הגבלה בתנועות שורש יד ואצבעות

אבחנה

CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

מאפ מאפ
Rt S/P

הערה

הערות

בתוקף עד - 22/09/2025

בתוקף עד - 22/09/2025

בדיקות/הפניות

מכון פיזיותרפיה

ריפוי בעיסוק

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

גוייצקי מיכאל
מ.ר. 27613
אורוות מנתח מ.ר.מ. 18876
רורני כה הוד מ.ר.מ. 25596

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אפי כזום

מ.ר גורם מפנה

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית



0042340836



120927



העמק קליניק
13/02/2025

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

קוד הפניה: 420637483

פרטי הנבדק:					
שם משפחה: סטבנוביץ		שם פרטי: וסנה		ת.ז.: 326999257	
ת.לידה:	14/06/1966	מ.י.ן:	טלפון:	0528580179	טל.עבודה/בייד: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור		מיקוד 5801203		

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת

טל. שירות קליניק
120927
13/02/2025

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

דר' אפי כזום

אורתופדיית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס

13/02/2025



0042340836



120927



קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/בייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

מלווה בבנה לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף, מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב- מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות AP/ML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no -

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעש/ת: כן

מופנה לצורך:

מופנת למוקד לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 14/02/2025 בשעה 17:24

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול,סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.



027882



טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל. עבודה/נייד: 0528580179

טלפון: 0528580179

מין: נ

ת.לידה: 14/06/1966



מיקוד 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

תאונת עבודה

במשך: 15 ימים, היינו מיום: 12/02/2025 עד יום: 26/02/2025 (בכלל)

19/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

16591
08/22
מסמך אושר דיגיטלית
מכבי שירותי בריאות



טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

טלפון: 0528580179

ת.לידה: 14/06/1966

כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור

מיקוד 5801203

תאונת עבודהתעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו לב זהב שירותי סיעוד	מקצוע מטפלת
ת. פגיעה 11/02/2025	שעה 16:00	התעסקות בשעת הפגיעה ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה	נמצא בטיפול מיום 14/02/2025	שם הרופא המטפל שילוח
האיבר שנפגע רגל, יד, בטן	שם הרופא המטפל שילוח	נמצא בטיפול מיום 14/02/2025		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 14/02/2025 בשעה 10:31:43

ב - 11.02.25 ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה כנוסעת באוטובוס . האוטובוס התנגש עם רכב אחר . נפלה . נחבלה בחזה , ובטן משמאל . פנתה למיין .

נבדקה . בוצע CT .

- ללא עדות לפגיעה באיברים פנימיים ללא עדות לדימום פעיל ללא עדות לשברים . הומלץ חופשת מחלה 5 ימים . שיכון כאבים לפי הצורך .

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44

עדיין כאובה מאוד .

אינה יכולה ללכת - כאבים ברגל שמאל והמטומה בכף הרגל , כאבים בבטן ובגב יד ימין

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- RIB PAIN
- HAND PAIN Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

19.02.2025
03-5588774
מ.ר גורם מפנה
מכבי

תאריך: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



0326999257

מיקוד-5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שכיר	שם האב
	כן	סלובודן

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
צולעת על ברך שמאל.
רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

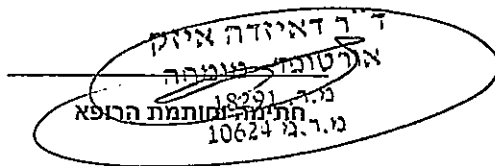
ביום: 11/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 20 ימים, היינו מיום: 27/02/2025

עד יום: 18/03/2025 (בכלל).

23/02/2025

תאריך הבדיקה



תאריך: 20/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 435316387

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: **וסנה**

שם משפחה: **סטבוביץ**

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:

מיקוד: 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

ריפוי בעיסוק

• CONTUSION Left
Knee

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no -

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעשנת: כן

מטרת הפניה:

הערכה וייעוץ בתחום האורתופדי

20/05/2025

תאריך

ד"ר דאידה איזק
אורתופד - מומחה
18291.ג.ר.
10622.ג.ר.

חתימה וחתימת

קביעת תור לביקור ראשון באמצעות מוקד זימון תורים במכבי ללא הפסקה* 3555 או 1-700-50-35-55

השרות ללא תשלום

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

www.maccabi4u.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי



018291



קוד הפניה: 435316387

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הגבדק:		שם משפחה: סטבנוביץ		שם פרטי: וסנה		ת.ז.: 326999257	
ת.לידה: 14/06/1966		מין: נ		טלפון: 0528580179		טל.עבודה/נייד: 0528580179	
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור		מיקוד: 5801203		מיקוד: 5801203			

ריפוי בעיסוק

תלונות: בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APIML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין. כאבים והגבלה בברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52
מעוניית לחזור לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

כאבים לכל אורך יד ימין. מתקשה לעבוד כמטפלת. אין תור לפיזיותרפיה.

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.

נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.

בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

==

אוסטאופניה.

שינויים ניווניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.

לא הודגם שבר או פריקה.

המשך טיפול

ממליץ:

המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52

אין מניע לחזרתה לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

אבחנות:

• CONTUSION Right
Hand

מ.ר גורם מפנה



ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: ב	טלפון: 0528580179	טל. עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203	0326999257	

תאונת עבודה (תעודה נוספת)תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שם המעביד וכתובתו	שם האב
סלובודן	ק	ק

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
 צולעת על ברך שמאל.
 רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
 נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.
 בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
 בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02
 ממצאים:
 ימין

אוסטאופניה.
 שינויים ניווניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.
 לא הודגם שבר או פריקה.
 המשך טיפול
 ממליץ:
 המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.
 אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 11/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 30 ימים, היינו מיום: 19/03/2025

עד יום: 17/04/2025 (בכלל).

24/03/2025

תאריך הבדיקה

ד"ר דאידה איזק
 אורטופדי מומחה
 מ.ר. 18291
 מ.ר. 10624
 חתימה וחומת הרופא

תאריך: 24/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



018291



קוד הפניה: 426822600

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

טלפון: 0528580179

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



מיקוד 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

ריפוי בעיסוק

26/02/2018 - no

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעש/ת: כן

מטרת ההפניה:

הערכה וייעוץ בתחום האורתופדי

24/03/2025

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לביקור ראשון באמצעות מוקד זימון תורים במכבי ללא הפסקה* 3555 או 1-700-50-35-55

השרות ללא תשלום

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

www.maccabi4u.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 426823015

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

ד"ר דאיזדה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מיון: נ	טלפון: 0528580179	טל. עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - יד

תחום שירות:

בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

תלונות:

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבי
בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות AP/ML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.
כאבים והגבלה בברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.
רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.
בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

===

אוסטאופניה.

שינויים ניוניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5

לא הודגם שבר או פריקה.

המשך טיפול

ממליץ:

המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

דין ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

אבחנות:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

תאריך: 26/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 427173580

טלפון: 03-5535457

פקס: 03-5536105

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

ד"ר גויצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.ל.י.:	14/06/1966	מ.י.נ.:	0528580179
ת.ל.י.:	יצחק שדה 6/23, אזור	טלפון:	0528580179
כתובת:	5801203 מיקוד	טל. עבודה/נייד:	0528580179
0326999257			

ריפוי בעיסוק

אבחנות:

- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right Status Post
- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

בעיות ידועות:

רגישויות: 26/02/2018 - no -

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות: כן

מטרת ההפניה:

הערכה וייעוץ בתחום האורתופדי

26/03/2025

תאריך

ד"ר גויצקי מיכאל
מ.ר 23614
אורטופד מנתח
כירורג כף היד
18876 מ.ר.י.נ. 18876
החתימה והחותמת

קביעת תור לביקור ראשון באמצעות מוקד זימון תורים במכבי ללא הפסקה *3555 או 1-700-50-3555

השרות ללא תשלום

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

www.maccabi4u.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

תאריך: 26/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614

מסמך אושר
דינטלית
מכבי

קוד הפניה: 427173513

טלפון: 03-5535457

פקס: 03-5536105

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

ד"ר גויצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לדה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

מכון פיזיותרפיה

אבחנות:

• CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right Status Post

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no -

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעשלת: כן

סיבת ההפניה::

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/03/2025 עד תאריך - 22/09/2025

ד"ר גויצקי מיכאל

23614

אורטופד מנתח מ.ר.מ. 18876

כירורג כף היד מ.ר.מ. 25596

חתימה וחותמת

בא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/03/2025

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוז לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, בא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

גיל: 58.8

שם רופאה: דר' דאידה איזק

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

15428387

מספר ביקור:

מיקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	14:34:10 23/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאחר המטופל.

תלונות בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלונה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי תריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלונה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיתות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL

LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיתות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין. כאבים והגבלה בברך ימין

11/02/2025

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלה: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.

נפיתות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.

בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

הערה	מאפי	מאפי	אבחנה
Hand	Rt		CONTUSION
Knee	Li		CONTUSION

הערה	בדיקות/הפניות
מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, כף יד ימין (אלכסון + AP)	בתוקף עד - 22/08/2025
מכון פיזיותרפיה	בתוקף עד - 22/08/2025
מכון פיזיותרפיה	בתוקף עד - 22/08/2025
הפניה לאבחור / ציוד רפואי-ציוד עזר	בתוקף עד - 25/03/2025

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	C00024	27/02/2025	18/03/2025

דר' דאידה איזק
אורתופד מומחה
ט.ד. 1827
מ.ר. 1054

מוזמן למעקב

לעל פי צורך

גיל: 58.7

שם רופא/ה: דר' אפי כזום

תחום הטיפול: אורתופדיית כתף

מספר ביקור: 4492265

מקום המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	17:25:35 13/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום
ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה
כיפוף, יציבות AP/ML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת
הצורך

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
בתוקף עד - 15/02/2025	מוקד רפואה דחופה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

אורטופד מומחה, מ.ר.
120927
ד"ר אפי כזום

תאריך: 20/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



018291



קוד הפניה: 435317461

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



מיקוד 5801203

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף הכרטיס ל 180 יום. מתאריך: 20/05/2025 עד תאריך: 16/11/2025

תאריך: 20/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



018291

מסמך אושר
דיגיטלית
מוכחי

קוד הפניה: 435317461

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

ד"ר דאידה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

התייעצות מומחה

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

אבחנות:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

מעש/ת: כן

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no -

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: ש

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מוכרי

ד"ר דאידה איזק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 435317461

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



מיקוד 5801203

יחזק שדה 6/23, אזור

כתובת:

0326999257

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאב בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל

ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APIML שמורה.

שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1

מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.

כאבים והגבלה בברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52

מעוניית לחזור לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

כאבים לכל אורך יד ימין. מתקשה לעבוד כמטפלת.

אין תור לפיזיותרפיה.

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.

נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.

בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02

ממצאים:

ימין

===

אוסטאופניה.

שינויים ביוניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.

לא הודגם שבר או פריקה.

המשך טיפול

ממליץ:

המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52

אין מניע לחזרתה לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

ד"ר דאידה איזק
אורתופד - מומחה
מ.ר 18291
מ.ר מ 40624

תאריך: 20/05/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
23/06/2025

דר' דאיזדה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה
ת.ז.: 326999257	טלפון: 0528580179
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	טל. עבודה/נייד: 0528580179
0326999257	מיקוד: 5801203

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
סלובודן	כן	

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
צולעת על ברך שמאל.

רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.
בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

בביקור בתאריך 24/03/2025 בשעה 16:43:02
ממצאים:

ימין
===

אוסטאופניה.
שינויים ניווניים בשורש כף היד, MCP 2 3 1, IP 1, PIP3, DIP 23, 5.
לא הודגם שבר או פריקה.
המשך טיפול
ממליץ:
המשך פיזיותרפיה + ריפוי בעיסוק.

בביקור בתאריך 24/04/2025 בשעה 20:00:52
אין מניע לחזרתה לעבודה.

בביקור בתאריך 20/05/2025 בשעה 11:12:14

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 23/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 35 ימים, היינו מיום: 18/04/2025

עד יום: 22/05/2025 (בכלל).

תאריך: 20/05/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
23/06/2025

דר' דאיזדה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 326999257

שם פרטי: וסנה

שם משפחה: סטבנוביץ

טל.עבודה/נייד: 0528580179

0528580179

טלפון:

מין: נ

14/06/1966

ת.לידה:



0326999257

יצחק שדה 6/23, אזור

כתובת:

מיקוד 5801203

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

20/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

יפוי כח

אני הח"מ, 32699257 / 101

ת.ז.ח.פ. מס' 32699257, מרחוב ישיבת שלמה 6, 15/6

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד מכללי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמסומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למחן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להוסיף בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי זה, בדרכה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטורם ולמנות אחרים במקומם ולהחל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, וחגגי מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחתי תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 2 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

X Ves NA חתימת
הנני ממסר את חתימות מרשמי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	סטבנוביץ	וסנה	32699257	שם האב
שם פרטי	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
אזור	6/23	מיקוד	טלפון	
עיר	מס'			
רחוב				

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 24/2/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X VESNA (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)