



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ **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 לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).** לנוחיותך, **שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה	☐ שכיר	☐ עצמאי	☐ מתנדב
☐ מחלת מקצוע, פרט	☐ הכשרה מקצועית	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
פדידה	נתנאל	3 0 5 2 7 8 4 8 3
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0 5 4 9 0 9 5 7 8 0	natifadida123@gmail.com
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	מקורות חברת מים בע"מ	תפקיד התובע במקום העבודה
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
לינקולן 9		
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס
0 3 6 2 3 0 6 4 0		
האם אתה אחד מבעלי החברה/ 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
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2א'

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.

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה																		
		07:00	שלישי	05 11 20 24 יום חודש שנה																		
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה ☐ מרילנד ראשון לציון (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 נוסף), נא פרט _____ בדרכי לעבודה נסעתי לכיוון השפדן, עת ביצעתי עקיפה משמאל משאית החליטה לפנות שמאל לפתע והתנגשה בי האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר טלפון</th> <th>☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם מקבל ההודעה</th> <th>תפקיד</th> <th>טלפון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> _____ _____ _____ שנה חודש יום					שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר									שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון			
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר																			
שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון																				

4

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)
ראש, צוואר וגב	חבלות	מוקד
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	
0 5 1 1 2 0 2 4		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
		טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל

5

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

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.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
☐ שהייתי בעסק / בעבודתי		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
☐ משעה עד שעה		משעה עד שעה		משעה עד שעה	

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה עד שעה: _____

☐ 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 * _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
נתנאל פדידה			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק יהב לעובדי המדינה	לב ראשון	430	000105487

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

10

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

☐ עיור/ 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 דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

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

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

אני 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 ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי 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.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

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: צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
מקורות חברת מים בע"מ	9 3 0 0 0 1 2 8 4 0 0

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____ 01-01-2015

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	הערה:
		יומי	חודשי		
חודש 09/2024	25.00	☒	☐	16385	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש 10/2024	25.00	☒	☐	16715	
חודש 11/2024	25.00	☒	☐	14955	
חודש		☐	☐		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ מנהל יחידת השכר _____ חתימה וחותמת _____

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחתימת * מסמך חתום

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																									
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="2">שנה</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	0	5	1	1	2	0	2	4	יום		חודש		שנה				<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>4</td><td>8</td><td>3</td> </tr> </table>	0	3	0	5	2	7	4	8	3	60
0	5	1	1	2	0	2	4																				
יום		חודש		שנה																							
0	3	0	5	2	7	4	8	3																			
שם פרטי	שם משפחה	פדידה																									
נתנאל																											
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 אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

- בעלות הרכב : פרטית
- גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 28
- האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
- שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2014
- מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
- מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

הדפסה מתאריך 14/10/24

שים לב, מסירת חשבונית שאינה מלאה וזכנה טרם כריכת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבוטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

העתק

מס' הרישוי:	2785671
מס' הפוליסה:	1105797069/24-00
סוג הרכב:	M-1
סוג רכב לצורך ביטוח:	פרטי
יצרן/דגם:	מאזדה 3 ספיריט
מס' שלדה:	4F7-01210061
שנת ייצור:	2010 סמיק/משקל: 1999
מס' נוסעים:	כחוק
תאריך הוצאה:	14/10/24 שעה: 1412
קוד מוטב:	62-3180-7

ש. שלמה ביטוח (מבוטח) חתם על תעודת הביטוח
תאריך: 14/10/2024 שעה: 14:12
שולם באמצעות זיכוי חשבון 237489
בנק מזרחי טפחות ב"מ סניף 461
כרטיס אשראי אישור מס': 0581108

הסכום לתשלום: 2052.00 ש"ח

מס' הרישוי:	2785671
מס' הפוליסה:	1105797069/24-00
סוג הרכב:	M-1
סוג רכב לצורך ביטוח:	פרטי
יצרן/דגם:	מאזדה 3 ספיריט
מס' שלדה:	4F7-01210061
שנת ייצור:	2010 סמיק/משקל: 1999
מס' נוסעים:	כחוק
תאריך הוצאה:	14/10/24 שעה: 1412
קוד מוטב:	62-3180-7

ש. שלמה ביטוח (מבוטח) חתם על תעודת הביטוח
תאריך: 14/10/2024 שעה: 14:12
שולם באמצעות זיכוי חשבון 237489
בנק מזרחי טפחות ב"מ סניף 461
כרטיס אשראי אישור מס': 0581108

הסכום לתשלום: 2052.00 ש"ח

שם בעל(י) הפוליסה:	פדידה נתנאל
כתובת:	וולפסון 48 ראשון לציון 9.ח.75203, 305278483
מועד תחילת הביטוח (המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני):	1/11/24
מועד פקיעת הביטוח:	31/10/25
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:	7
מפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו	
השימוש המותר ברכב:	1 הרחבות: אין
מפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו	
שם הסוכן:	גיל עמיר מ.ג.ע מס': 300860

* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

כלי חותמת הבנק
על תעודה זו -
אין לה חוקף.
נא בדוק נכונות
הפרטים שבתעודה.

דורון גינת
מנכ"ל החברה

אם מאשרים בה כ הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה
ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה שמלצר פינת מרשן גול 10, קריית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מייל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il

הודעת זיכוי תעודת ביטוח חובה מס':

כפי שקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל / 1970

שם בעל(י) הפוליסה:	פדידה נתנאל
כתובת:	וולפסון 48 ראשון לציון 9.ח.75203, 305278483
מועד תחילת הביטוח	1/11/24
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני	
מועד פקיעת הביטוח:	31/10/25
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:	7
מפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו	
השימוש המותר ברכב:	1 הרחבות: אין
מפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו	
שם הסוכן:	גיל עמיר מ.ג.ע מס': 300860

* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

דרך שלמה שמלצר פינת מרשן גול 10, קריית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מייל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il

ניתן לשלם תעודה זו
באמצעות סניפי הבנקים
הבאים, במזומן או באמצעות
כרטיסי האשראי ויזה, לאומי
כארד וישראכרט.

פועלים חשבון 800-4602411
לאומי חשבון 800-13520/63
חברות משותפות חשבון 461-237489
דיסקונט חשבון 030-72428076
בנק הדסה חשבון 001-4823180

מטרות השימוש המותרות –

- חבות המבטח חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
1. מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בסעיפים 2 עד 6 להלן;
 2. מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א' לתקנות התעבורה, **ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח**;
 3. מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, **ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח**;
 4. מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, **ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח**;
 5. מטרה עסקית של שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק ("חוזה שכירות" – למעט חוזה ליסינג תפעולי או חוזה מקח אגב – שכירות – ליסינג מימוני) **ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח**;
 6. מטרה של סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים. **ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח**;

על אף האמור בסעיפים 5–1 לעיל

פוליסה זו אינה מכסה שימוש בכלי תחבורתי שניתן עליו רישיון כלי תחבורתי, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו – 2005 (להלן "חוק הנהיגה הספורטיבית"), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורתי", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורתי" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב –

7. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
8. בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברשיון הרכב, רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח;

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב בביטוח סחר בלבד –

9. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב;

הרחבות לפוליסת ביטוח סחר בלבד –

אם הדבר צויין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:

10. מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או הנהג הנקוב, **ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר אחד מאלה נמצא ברכב**.
שימוש למטרות פרטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינן מטרה עסקית מאלה;
- הוראת נהיגה, הסעת נוסעים ברכב כנגד תשלום שכר או כל תמורה אחרת, חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
12. שימוש ברכב מנועי הרשום במשרד הרישוי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.



רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודת
מזהה רשמית,
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

❖ בתוקף עד ❖		❖ סוג ❖		❖ מספר רכב ❖	
04/08/2025		M1 פרטי נוסעים		2785671	
30527848-3		מספר זהות		פדידה נתנאל	
21/08/18		תאריך בעלות		05/08/10	
02		בעלים קודמים		03/08/24	
JMZBL14F7-01210061		מספר שילדה		75381	
LF		תוצר מנוע		מועד עליה לכביש	
LF11014325		דגם מנוע		08/2010	
0		מספר מנוע		השכרה/החכר	
4X2		צבע		מקומות ישיבה למעט הנהג	
0		הנעה		סוג דלק	
B		רשיון נהיגה מתאים		בנזין	
207,950		ב- 04/08/2023		צמיג קדמי	
				צמיג אחורי	
				משקל כולל	
				משקל מורשה	
				דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל	

בעלים נוספים:

תוצר	מזדה יפן	דגם	מרכב	הצ'בק
כינוי מסחרי	MAZDA 3 SPORT	רמות גימור	SPIRIT	קבוצת רישוי
הספק (כ"ס)	150.00	כריות אוויר	ABS	אנטי
בקר יציבות	כן	דרגת זיהום אוויר	6	כן
קוד	09-1294	חלון בנג	כן	כן
קוד	00588-0421	הוראת רישום	09-1294	00588-0421

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

ת.תשלום 03/08/24 סך 1483.00 ש"ח;

רשומון יבוא 030560890

03/08/2024 ש"ח; סך 1483.00 ****

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במקד הטלפוני 5678 *



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

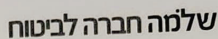


0	2785671-25-2	בעל הרכב
0	פדידה נתנאל	
	שרירא שמואל 22 דירה 7	
	ראשון לציון 75381	

מספר הרכב
2785671-25-2

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

03/08/2024 ש"ח; סך 1483.00 ****



מס' תביעה/ארוע: _____
שם הסוכן: מגע סוכנות לביטוח טל': _____

חזרה על תאונת דרכים

[illegible]

שם התחנה	מס' יומן תיק	שעת המקרה	המקום המדויק בו ארעה התאונה	האם הובא לילדת המשטרה	סכ' חיל	תאריך המקרה
		07:00	מרילנד ראשע			0.5 1 1 2

מהו התמרוך/רמזור המוצב בדרכו של הנהג המבוסס?

טל. _____ מוסך הסדר ☐ כן ☐ לא ☐ השמאי המטפל _____

כלי רכב המעורבים:

יָם בָּרֶכַב ו/או כְּתוּצָאָה מֵהֶרֶכֶב הַמְבוּטָח בְּלֶבֶד - נֶהָג ☒ נֹסֵעַ ☐ הוֹלֵךְ רֶגֶל ☐ רוֹכֵב אֹפֶנִּים ☐ אֹפִיזוֹ ☐

יור בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים /תשפ"ד/ 7/11/24 חתימת הנהג

למה חברה לביטוח בע"מ
וערואלי 1, המגדל העגול, קומה 16, דרך מנחם בגין 132, תל אביב 67021 טל: 03-6070555, פקס: 03-6070550
www.shlomo-bit.co.il



0322073024



036613



קוד הפניה: 403849270

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פדידה	שם פרטי: נתנאל	ת.ז.: 305278483
ת.לידה: 02/05/1991	מין: ז	טלפון: 0549095780	טל.עבודה/נייד: 0549095780
כתובת: 0305278483	שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון	מיקוד 7538128	

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

בן 33 בריא בדרך כלל.
פנה לאחר תאונת דרכים אשר התרחשה בשעות הבוקר.
כאשר המטופל נהג באוטו ומשאית נכנסה בו מהצד של הנוסע.
מתלנן על כאבי צוואר וגב תחתון.
ללא חסר נירולוגי בגפיים.
מופנה לצילום רנטגן ובדיקה במוקד אורתופדי לאחר מכן.

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

בעיות ידועות:

• ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
• TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
• POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 27/04/2015

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

מופנה לבדיקת טראומטולוג לאחר תאונת דרכים.

**** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה ****

תוקף הפניה זו לתאריך 06/11/2024 בשעה 15:08

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

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

05/11/2024

חתימה וחותמת

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך: 05/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

רופא תורן

ד"ר קוסטין דמיטרי

משפחה, פנימית וכללית



כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פדידה	שם פרטי: נתנאל	ת.ז.: 305278483
ת.לידה: 02/05/1991	מין: ז	טלפון: 0549095780	טל.עבודה/נייד: 0549095780
כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון	מיקוד: 7538128		

תמצית הביקור מתאריך 05/11/2024 בשעה 14:58

תאריך הביקור: 05/11/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שמות החלופות	מינון והוראות מרשם	שם התרופה
* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP > [6007]	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	ZALDIAR 325/37.5MG

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT), עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)		
הפניה	מוקד רפואה דחופה		
אישור	אישור מחלה	06/11/2024	07/11/2024

002933068412



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

גורם רפואי מפנה:

שם: קוסטין דמיטרי

מ.ר: 36613

תאריך הבדיקה: 05/11/2024

תאריך הפיענוח: 05/11/2024

שם הנבדק: פדידה נתנאל

ת.ז הנבדק: 305278483

כתובת הנבדק: שריא שמואל 22/7 ראשון לציון 7538128

טלפון הנבדק: 054-9095780 טלפון נייד: 054-9095780

תשובת בדיקת דימות: 24803745

ע'ש מותני 2 צילומים

סיבת ההפניה:

לאחר תאונת דרכים

ממצאים:

יישור הלורדוזיס הפיזיולוגית ,
נודולים על שם שמורל בלוחיות של גופי החוליות ,
גובה החוליות והמרווחים הבין חולייתיים שמורים.
לא הודגם שבר או דיסלוקציה

ע'ש צווארי 2 צילומים

סיבת ההפניה:

לאחר תאונת דרכים

ממצאים:

מנח, גובה החוליות והמרווחים הבין חולייתיים שמורים.
לא הודגם שבר או דיסלוקציה

בברכה

דר' אורית ספיר

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30111

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 05/11/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה
05/11/2024

ד"ר עאבד מועתז

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פדידה	שם פרטי: נתנאל	ת.ז.: 305278483
	ת.לידה: 02/05/1991	מ.י.ן: ז	טלפון: 0549095780
כתובת: 0305278483	שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון	מיקוד: 7538128	טל.עבודה/נייד: 0549095780

מכתב שחרור

05/11/2024

תאריך:

שעת קבלה: 20:45

שעת שחרור: 20:51

סיבת הפניה:

בן 33 בריא בדרך כלל.
פנה לאחר תאונת דרכים אשר התרחשה בשעות הבוקר.
כאשר המטופל נהג באוטו בדרך לעבודה ומשאית נכנסה בו מהצד של הנוסע.
מתלנן על כאבי צוואר וגב תחתון.
ללא חסר נירולוגי בגפיים.
נבדק ע"י רופא אורתופד
קעת מתלונן על כאבים ראש. בתאונה ללא חבלה ראש.

אבחנות פעילות:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות:

G6PD - non

ממצאים:

בבדיקתו בהכרה מלאה
לא טאכיקרדי או טאכיפאני
ללא חוסר נירולוגי גס בבדיקתו

הערכה:

לסיכום מטופל עם כאבי ראש ללא ממצא חריג בבדיקה גופנית/ נירולוגית
משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

אבחנה:

- HEADACHE

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל בקהילה
משכך כאבים לפי הצורך
מנוחה
בכל החמרה במצב נא לפנות לבדיקת רופא זמין

ד"ר עאבד מועתז

תאריך: 05/11/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה
היעתך טופס
05/11/2024

ד"ר עאבד מועתז

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: פדידה	שם פרטי: נתנאל
ת.לידה: 02/05/1991	מ.י: ז
תל.עבודה/נייד: 0549095780	טלפון: 0549095780
כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון	מיקוד: 7538128

מכתב שחרור

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב .
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה



156972

הערת טופס
05/11/2024

טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פדידה	שם פרטי: נתנאל	ת.ז.: 305278483
ת.לידה: 02/05/1991	מין: ז	טלפון: 0549095780	טל.עבודה/נייד: 0549095780
כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון	מיקוד: 7538128		

מכתב שחרור

05/11/2024

תאריך:

שעת קבלה: 19:23

שעת שחרור: 20:15

סיבת הפניה:

תאונת דרכים במנגנון קדמי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אוויר. מלין על כאב ראש וסחרחורת.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.
מניע צוואר לכל הכיוונים. רגישות במישוש עמ"ש מותני וצווארי.
בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.
בצילום - ללא ממצא חריף
לאור כאב ראש מופנה לרופא פנימאי

אבחנות פעילות:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות:

G6PD - non

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

תוכנית טיפולית: - נוגדי כאבים לפי הצורך.
- ניתן להשתמש בקומפרסים חמים
- ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
במידת הצורך.
- עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים.
- בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה רפואית.

ד"ר כהן כפיר

חתימה וחומתם הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

מ.ר גורם מפנה



019799



קוד הפניה: 404353288

טלפון: 03-9508686

פקס: 03-9508883

כתובת: עין הקורא 10, ראשון לציון (קומה 7)

ד"ר בר-חיים שמואל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: פדידה		שם פרטי: נתנאל		ת.ז.: 305278483	
ת.לידה: 02/05/1991		מין: ז		טלפון: 0549095780		טל.עבודה/נייד: 0549095780	
כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון		מיקוד: 7538128					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-05.11.24 היה מעורב בת.ד. רכב ברכב כנהג
ניבדק במוקד טראומה במכבי. לאחר בדיקה שוחרר
מדווח על כאבי גב וצוואר

ממצאים: נינוח תנועת עיניים תקינה צוואר ללא אושת קולות לב סדירים נישמה תקינה תנועת צוואר חפשית עם כאבים, בדיקה נורולוגית תקינה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACKACHE
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 27/04/2015

מעשנ/ת: לא

סיבת ההפניה: פיזיו לצוואר/גב

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/11/2024 עד תאריך - 07/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

08/11/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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



פרטי הנבדק:		שם משפחה: פדידה		שם פרטי: נתנאל		ת.ז.: 305278483	
ת.לידה: 02/05/1991		מין: ז		טלפון: 0549095780		טל.עבודה/נייד: 0549095780	
כתובת: 0305278483		שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון		מיקוד 7538128			

תמצית הביקור מתאריך 08/11/2024 בשעה 10:03

תאריך הביקור: 08/11/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות , אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
אישור	תאונת עבודה	05/11/2024	11/11/2024