



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יוני 2025 19
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 17.3.25
הנפגע: נורי זהרור, ת"ז 034136945

בהמשך למכתבכם מתאריך 30.4.25 הריני מתכבד להודיעך כדלקמן:

1. מרשי נפגע בתאונה עת החליק עם האופנוע בתאריך 17.3.25.
2. משראה מרשי כי הכאבים מתגברים פנה הוא לקבלת טיפול רפואי בתאריך 19.3.25 (מצ"ב תעודות רפואיות ראשוניות לאחר התאונה).
3. כן, מצ"ב תמונות החבלות.
4. מצ"ב טופס תביעה מלא וחתום ע"י המעביד, כן מצ"ב תעודת ביטוח חובה.
5. מרשי לא פנה למיון ו/או למשטרה.
6. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.

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

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>זהרורי</u>	<u>נורי</u>	<u>034136945</u>	<u>שם האב</u>
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
<u>רוטשילד</u>	<u>31/3</u>	<u>פתח תקווה</u>	<u>טלפון</u>
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

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 מטעמן 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 מטעמן 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: _____
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: 1/6/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ חתימה: _____
אריאל פרידלנד, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ נורי זהרורי
ת.ז. מס' 034136945, מרחוב _____ רוטשילד 31/3 פתח תקווה
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות 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, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו 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 פס"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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 1 לחודש 6 שנה 2025

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פריברג, עו"ד
עמ"ד 6225

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ת.לידה:	מס בית:
מס זהות: 00034136945	זהרור נורי	16/07/1977	31 / 3
גיל: 47.10 מין: ז	ישוב: פתח תקווה	טלפון: 54-5605865	
רחוב: רוטשילד			
טלפון נוסף: 54-5605865			

תאריך תאונה: 17/03/2025

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך ביקור: 19/05/2025

תאריך תאונה: 17/03/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

פירוט	רקע
עובד בעירייה פ"ת	דמוגרפי עיסוק
ימין	רפואי דומיננטיות

סיבת ההפניה: סיבת ההפניה מתאריך 27/04/2025:

17.3.25 - תאונת דרכים כרוכב אופנוע.

בוצעו צילומים בקופ"ח.

מדווח על כאבים באצבע 5 כף יד שמאל, צוואר, רגל ימין, כפות הידיים.

צילום כף יד שמאל- שבר בסיס גליל דיסטלי ללא תזוזה משמעותית.

פירוט	ממצאי אבחון / הערכה
**מדידת טווחי תנועה בקבלה- 27.4.25: TTP: קושי בסגירת אגרוף אקטיבית אצבעות 2-5 (כ-6 ס"מ מסגירה מלאה). אצבע 5- יישור מלא.	גף עליון - תנועה
קפג'י - 6/10.	
VAS - 10/10 באצבעות 3,5. VAS 8/10 בשאר האצבעות. מדווח על כאבים גם במאמץ וגם במנוחה.	גף עליון - כאב
מדווח על ירידה בתחושה בפיזור אולנרי ביד שמאל.	גף עליון - תחושה
מדווח על עצמאות באכילה לבוש ורחצה. משתמש בעיקר ביד ימין ובבצע באיטיות.	תפקוד - BADL בהווה
מדווח על קושי בשימוש בכוח ביד וקושי באחיזה ותפיסת חפצים.	תפקוד - IADL בהווה
בנוסף, מדווח על קושי בעת פתיחת בקבוקים וצנצנות.	

דיון/מהלך הטיפול: דיון/מהלך טיפול מתאריך 27/04/2025:

קבלה.

מדווח על כאבים ביד שמאל שמקרינים לאורך הגפה העליונה.

מדווח על קושי תפקודי בעיקר באחיזת חפצים ושימוש בכוח.

ישנה הגבלה אקטיבית לסגירת אגרוף באצבעות 2-5.

יגיע לטיפולים בריפוי בעיסוק לחימום היד להפחתת הכאבים והפעלת היד

לשיפור טווחי התנועה לצורך שיפור תפקודי היום-יום.

19/05/2025

מדווח על קושי בכתיבה ביד ימין בעקבות כאבים בIPJ, ניתן עיבוי לכלי כתיבה

להקלה.

בוצעה הפעלה לכפיפת אצבעות ולאגודל. טווחים פאסיביים מלאים אך ההפעלה

מלווה בכאב. טווחים אקטיביים מוגבלים ייתכן בגלל כאב.

תרגול PLACE & HOLD. בסיום - חימום באמצעות פראפין להקלה על הכאבים.

הודרך במידה והטיפולים השיקומיים לא מסייעים- לפנות למומחה כף יד להמשך

בירור.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

19/05/2025

הודפס ע"י מיכל אטיאס

00034136945

זהרור נורי

תאריך: 20/03/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל: **זהרור גורי**
שם משפחה ופרטי: **זהרור גורי**
ת.לדה: **16/07/1977**
מס בית: **31 / 3**
מס זהות: **00034136945**
גיל: **47.08** מין: **ז**
רחוב: **רוטשילד**
טלפון נוסף: **54-5605865**
פתח תקוה: **54-5605865**
טלפון: **54-5605865**

תאריך תאונה: 17/03/2025

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35323063357

גורם שולח



5323

מספר הפניה



035323063357

תז נבדק



34136945

מספר רשיון



161661

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: צילום ברך ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78030	73560	צילום ברך ימין	10401075

המטופל מתלונן על ביום שני לאחר סיום עבודתו בעירייה סביב 18:50 - נסע על אופנוע בדרכו הביתה והחליק על הכביש ונחבל בצד שמאל בגפיים ובאצבעות כפות הידיים, נחבל בגב, בכתף ימין וברך ימין, היה עם קסדה ולא נחבל בראש. סובל מכאבים בצוואר ובידיים, בגב ובברך ימין

סימנים חיוניים	גובה	183	נמדד ב: 18/03/2025	משקל	89	נמדד ב: 10/06/2024	BMI	26.58
לחץ דם	112 / 79	נמדד ב: 10/06/2024	סדיר	דופק	69	נמדד ב: 10/06/2024	eGFR	105.36

מתאריך: 10/06/2024

ממצאים עיקריים: יציב נשימתית והימודינמית.
קולות הלב סדירים ללא אוושה או קולות נוספים
כניסת אוויר לריאות שווה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא הגדלת אברים
גפיים ללא בצקות, דפקים תקינים, ללא סימני פקקת

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9241		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9233		CONTUSION FINGER FINGER NAIL
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית טיפול בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/01/2022		COVID-19 coronavirus recovered patient



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

24/03/2025	ת. ביצוע:	3413694-5	ת"ז:	נורי זהרור	נבדק:
24/03/2025	אישור פענוח:	47 שנים	גיל:	16/07/1977	תאריך לידה:
24/03/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת רמת ורבר, (44260)	גורם מפנה:
				טארק ספדי, (161661)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום ברך

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצוע:

צילום ברך בתאריך 24/03/2025 10:59 מ.ג.: 1045001459894 מבצע: יהודית שדה;
צילום ברך ימין;

ממצאים:

אין עדות לקו שבר.
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

24/3/2025 11:28

מספר רשיון: 31148

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

24/03/2025	ת. ביצוע:	3413694-5	ת"ז:	נורי זהרור	נבדק:
24/03/2025	אישור פענוח:	47 שנים	גיל:	16/07/1977	תאריך לידה:
24/03/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת רמת ורבר, (44260)	גורם מפנה:
				טארק ספדי, (161661)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום עמוד שדרה צווארי

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצוע:

צילום עמוד שדרה צווארי בתאריך 24/03/2025 10:54 מ.ג.: 1045001459882 מבצע: יהודית שדה;
צילום עמוד שדרה צווארי;

ממצאים:

אין תמט חוליות.
מבנה גרמי ומרווחים בין חולייתיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/3/2025 11:27



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

24/03/2025	ת. ביצוע:	3413694-5	ת"ז:	נורי זהרור	נבדק:
24/03/2025	אישור פענוח:	47 שנים	גיל:	16/07/1977	תאריך לידה:
24/03/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת רמת ורבר, (44260)	גורם מפנה:
				טארק ספדי, (161661)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום יד / שורש / כף / אצבעות

—

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצע:

צילום יד / שורש / כף / אצבעות בתאריך 24/03/2025 10:52 מ.ג.: 1045001459876 מבצע: יהודית שדה;
צילום כף יד שמאל כולל מכוון לאצבע 5;

ממצאים:

אין עדות לקו שבר.
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

24/3/2025 11:27

מספר רשיון: 31148

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל

תאריך: 30/03/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	זהרור נורי	מס זהות:	00034136945	גיל:	47.08	מין:	ז
ת.לידה:	16/07/1977	ישו:	פנת תקוה	רחוב:	רוטשילד	טלפון נוסף:	54-5605865	
מס בית:	31 / 3	טלפון:	54-5605865					

17/03/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

35323063968

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5323



035323063968



34136945



161661

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמוד שדרה מותני

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי		10304017

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/03/2025:
ביום שני לאחר סיום עבודתו בעירייה סביב 18:50 - נסע על אופנוע בדרכו הביתה והחליק על הכביש ונחבל בצד שמאל בגפיים ובאצבעות כפות הידיים, נחבל בגב, בכתף ימין וברך ימין, היה עם קסדה ולא נחבל בראש. סובל מכאבים בצוואר ובידיים, בגב ובברך ימין
שולל איבוד הכרה
30/03/2025:
כאבים בירידה תחת טיפול תרופתי ברוקסט פלוס ואסיבל. ישן טוב. חזר לעבודה.
כאבי גב ללא הטבה משמעותית. שולל הקרנה לגפיים
כאבי צוואר בשיפור

סימנים חיוניים	גובה 183	נמדד ב: 18/03/2025	משקל 89	נמדד ב: 10/06/2024	BMI 26.58
לחץ דם	112 / 79	נמדד ב: 10/06/2024			
דופק	69	נמדד ב: 10/06/2024	סדיר		

16/06/2024 מתאריך: 105.36 eGFR

ממצאים עיקריים

ממצאים מתאריך 20/03/2025:
יציב נשימתית והימודינמית.
קולות הלב סדירים ללא אוושה או קולות נוספים
כניסת אוויר לריאות שווה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא הגדלת אברים
גפיים ללא בצקות, דפקים תקינים, ללא סימני פקקת
30/03/2025:
יציב נשימתית והימודינמית.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9241		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9233		CONTUSION FINGER FINGER NAIL

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

30/03/2025

הודפס ע"י ד"ר (רופא) טארק ספדי

00034136945

זהרור נורי

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN
7231		CERVICALGIA
E813		ROAD ACCIDENT

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/03/2025:
טיפול ברוקסט פלוס כדור פעמיים ביום למשך 7 ימים+ אסיבל 2 מ"ג פעם ביום
להרפיית שרירים
צילום ברך ימין, צילום אצבעות כף יד שמאל וצילום צוואר
לפנות למרפאה/ למיזן בהחמרה.
מעקב.
ההפניות שהופקו ב 20/03/2025:
הפניה לדימוות - 78030-צילום ברך ימין , הפניה לדימוות - 78030-צילום ברך ימין ,
הפניה לדימוות - 78105-צילום כף יד שמאל , הפניה לדימוות - 78184-צילום עמוד
שדרה צווא
30/03/2025
הפניה לצילום CT עמ"ש מתוני
מעקב.
ארקוקסיה 90 מ"ג פעם ביום למשך 10 ימים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/01/2022		COVID-19 coronavirus recovered patient

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
10/06/2024	16/12/2018		BMI >30

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר (רופא) טארק ספדי	161661	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומתת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה. פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית		







חז מחשבים
תיקון • שידור • ייעוץ • מכירה
שירות טכנאי לבית הקומו/העסק
השירות שלנו הוא אף גיבוי איכותי, מהיר וזמין.
לפי איתן

0544-332-331
03-9348034 • 074-70-90-888
info@razcomputers.co.il
www.razcomputers.co.il

מסדר • דוא"ל • קווי
נחלת רחוב בוסתן 5 קרית מלון, כ"ת
מחשבים • RAZCOMPUTERS.CO.IL

AGI

עמוד 1 מתוך 8

034136945

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									
0 1									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה: זהר שם פרטי: נור

טלפון קווי: 0545695865 טלפון נייד: 034136945

דואר אלקטרוני: @

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר: זהר שם פרטי איש קשר: נור מס' זהות איש קשר: 034136945

☐ 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: ע"י"ת פתח תקווה

תפקיד התובע במקום העבודה: נשיא עסקים

רחוב / תא דואר: נח"ה הערים מס' בית: 1 כניסה: 1 דירה: 1 ישוב: פתח תקווה מיקוד: 10100

טלפון קווי: 034136945 טלפון נייד: 034136945 מספר פקס: 034136945

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: 034136945

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: 034136945

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

שם העסק: 034136945 סוג העיסוק: 034136945

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי: 034136945 טלפון נייד: 034136945 טלפון פקס: 034136945

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 _____ עד תאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	
שיתי בעסק / בעבודתי ☐	מתאריך _____ עד תאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	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 שליטה או 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 ☒

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שב"ס ☐ אחר

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

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

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: שנה 17032025 יום חודש

היום בשבוע: שני

שעת הפגיעה: 18:50

שעת הפסקת עבודה: תאריך הפסקת עבודה: שעת הפסקת עבודה:

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

בדרכך לעבודה ☐ בדרכך לביתך ☒ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

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 18052025 יום חודש

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/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה _____ חודש _____ יום _____	שעה _____	

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
ר"ר מסייעת רגאלי			

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 מייצג 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
ס"ר אילן ער"ר	אג"ה/7, רמת	03 741 2358

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 _____

כתובתו _____ 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 _____

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

שם הבנק אאו"ם

שם הסניף / כתובתו ניח ימין, כפר תמורה

מס' סניף 240

מספר חשבון 513160/06

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

☐ 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 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 ביועצות 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 פרטיותי של מושגי 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 27/03/2025 חתימת התובע * מנחם

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 אפוסטרופוסט, 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 שנזן 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 ניכיים במוסד לביטוח לאומי _____

עיריית פתח-תקוה _____

תאריך תחילת עבודה: 01-07-2001 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבור שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	הערה: השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" כהתאם לתקנות שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
		יומי	חודשי		
חודש 12/2024	25.00	☒	☐	20752	
חודש 01/2025	25.00	☒	☐	20943	
חודש 02/2025	25.00	☒	☐	21147	
חודש 03/2025	25.00	☒	☐	21220	

☐ 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: _____ תאריך 18/6/25 _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

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 _____

עיריית פתח תקווה
מחלקת שכר
רי"ת מחוז

תאריך 18/6/25 תפקיד החותם מ. ל. נ. שם החותם מ. ל. נ. חתימה וחותמת

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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים המסמך	1 6
------------------------------------	-------------------------------	-------

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

1 פרטי המעסיק:

שם המעסיק: מ"ס תיק ניכויים
עירית פתח-תקוה

2 פרטי העובד:

שם משפחה: שם פרטי: מספר זהות ס"ב
זהרר נורי 0 | 3 | 4 | 1 | 3 | 6 | 9 | 4 | 5

3 פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2024

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי / ימים / שעות	פירוט הבסיס* (חודשי / ימים / שעות)
ינואר	22819	1101	998	2099	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	24306	1205	1072	2277	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	22836	1102	999	2101	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	23000	1114	1007	2121	100.00%	חודשי	25.00
מאי	23093	1120	1012	2132	100.00%	חודשי	25.00
יוני	22989	1113	1007	2120	100.00%	חודשי	25.00
יולי	20733	955	894	1849	100.00%	חודשי	25.00
אוגוסט	21811	1030	948	1978	100.00%	חודשי	25.00
ספטמבר	21575	1014	936	1950	100.00%	חודשי	25.00
אוקטובר	21260	992	920	1912	100.00%	חודשי	25.00
נובמבר	20744	956	894	1850	100.00%	חודשי	25.00
דצמבר	20752	956	895	1851	100.00%	חודשי	25.00

4 הצהרה

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

* מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/ שעות העבודה בחודש כולל ימי/ שעות חופשה.
חילן טק בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות
חתימה וחזתמת המעסיק



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים המסמך
	1 6

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

1 פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
עירית פתח-תקוה	9 2 4 0 0 0 3 1 8 0 0

2 פרטי העובד:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
זהרור	נורי	0 3 4 1 3 6 9 4 5

3 פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2025

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי / ימים / שעות	פירוט הבסיס* (חודשי / ימים / שעות)
ינואר	20943	1018	935	1953	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	21147	1032	947	1979	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	21220	1036	950	1986	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	22396	1119	1012	2131	100.00%	חודשי	25.00
מאי	22794	1147	1033	2180	100.00%	חודשי	25.00
יוני							
יולי							
אוגוסט							
ספטמבר							
אוקטובר							
נובמבר							
דצמבר							

4 הצהרה

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
 - המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י מחלקת שכר עיריית פתח תקוה.
- * מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/ שעות העבודה בחודש כולל ימי/ שעות חופשה.

חתימה וחותמת המעסיק

שם בית התוכנה/לשכת השירות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	034136945	17032025 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
כהן	נרי	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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.

תאריך 27/03/2025 חתימת המבוטח * של