



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 2025 25
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 21/04/2025
הנפגע: אלכס סבידר, ת"ז 327091922
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

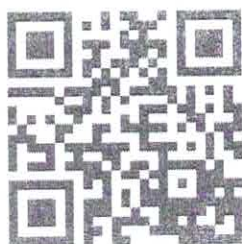
הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

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

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

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



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



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, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- מתנדב – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- 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 (לאחור) 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

עמוד 1 מתוך 8

0327091922

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה		☐ מחלת מקצוע, פרט	
☐ שכיח		☒ עצמאי	
☐ הכשרה מקצועית		☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
שם פרטי		שם משפחה	
סל'קר		אלכסנדר	
טלפון קווי		טלפון נייד	
		0543533533	
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		ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני). במקום דואר רגיל, לידיעתך, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
<u>מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים</u>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	ישוב		
2 פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית			
שם מעסיק/ מפעל			
תפקיד התובע במקום העבודה			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	ישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן פרט:			
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן פרט:			
<u>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)</u>			
שם העסק			
אלהרן כין			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	ישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס	
039347595		0723205726	

327091922

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 2 מתוך 8

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

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

04/09/2024

שנה חודש יום

שעת הפסקת עבודה

09:10

שעת הפגיעה

18:00

היום בשבוע

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☒ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר מאט הזין / אטע תפואה / זינג כדש 5

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט החלקה 6 / אמי, שמיאל בע"מ הפריקה

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ אחר

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

נוספר טלפון

כתובת

שם

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

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

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שרם חוט חזין

חבלת ככל אף ימין, כוויה חזית

כתף ימין

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

1443

שעה

04092024

יום

חודש שנה

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

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

03-6385777

03-5194980

שבה טופלתי או אני מטופל

ניסים אלון 2 טס חזין
טלמט 26 יאט חזין

יכאט למגמה

רנזואיה אלמנתיה

ד"ר טלמט קורמן

ד"ר קוסמן

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 בל37: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

03-7412358

כתובת

צ'יק אלן ה' 7

שם גורם מסייע

ע"כ אריא כרימלי

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה כמדרכה 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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך	מתאריך
שנה: 30 חודש: 09 יום: 2024	שנה: 04 חודש: 09 יום: 2024
עד שעה	עד תאריך
משעה	שנה
	חודש
	יום
עד שעה	עד תאריך
משעה	שנה
	חודש
	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

אלכסנדר סגיא

שם הבנק

למ"מ

שם הסניף / כתובתו

709

מס' סניף

709

מספר חשבון

210000028

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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

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

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

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

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

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

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

תאריך: _____ חתימת התובע: *[חתימה]*

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

קרבה לתובע

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

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

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

327091422

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ 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 בו

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? **מיום 28.1, נהיה ימלאה**

☐ 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

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

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

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעזר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות ממתי _____ עד מתי _____ נעזר 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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר בדיטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר בדיטו	שם התשלום
חודש	יומי	חודשי		סכום	לחקופה
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
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 _____

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

דואר אלקטרוני: _____ @ _____ חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחוממת _____

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 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✕ _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

327091922

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סוריות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	327091922	04/09/2024
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
סל'קר	א/כסנר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסדיות 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 X _____

05/09/2024 03:01

סיכום ביקור:

מרפאה : טרם ראש העין

מספר ביקור : 311152

מספר תיק : 137767

תאריך : 04/09/2024

מספר זהות: 327091922

שם : אלכסנדר סביר

גיל: 36.644

תלונה: תאונת דרכים

התקבל בשעה: 14:43:00

השתחרר בשעה: 15:33:11

רופאים: דר חאג יחיא מ

סוג שחרור: נשלח/ה הביתה, המשך טיפול ובדיקות בקופ"ח

אבחנה:

(Pulse: 91, O2sat: 99, BP: 143/84)(other vitals may be on scanned chart
הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן 36.

בבוקר יום קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים בעת שנסע על אופנוע עם אשתו.

מציין שנתקל במעקה נמוך (עשוי מגומי שהיה מונח על אי תנועה מצוייר) בעת שנסע במהירות כ-20-25 קמ"ש בכביש 5.

היה עם קסדה,, ללא חבלת ראש,, ללא חבלת חזה, גב או בטן.

מציין כאבים בכתף ימין, גב תחתון ורגל ימין (נכווה מהאקזוסט של האופנוע אשר נפל על רגלו).

אשתו רכה מאחורי,, נבדקה במיון בלינסון.

===

בדיקה גופנית:

יציב ונינוח, דופק 91, ל"ד 143/84, סטורציה 99% בא"ח.

חיוני ועירני ללא סימני מצוקה.

צבע תקין ללא כח"צ, ללא פריחה.

ללא סיני חבלה בראש. שפשוף שטחי בצוואר משמאל ללא המטומה או רגישות, ללא הגבלה בטווחי תנועות.

ללא סימני חבלה בגב, רגישות פאראורטברלית מותנית דו"צ ומעל עצם הזנב, ללא הגבלה בכיפוף, כוח גס שמור בגפיים תחתונות, נעמד על בוהנות ועקבים.

רגישות קלה מעל GHJ מימין, הגבלה בטווחי תנועות. NV שמור.

שפשופים מעל מרפק ימין ללא נפיחות או שטפי דם, ללא הגבלה בכיפוף-יישור או בפרונציה-סופינציה.

כוויה שטחית בעור מעל אספקט מידיאלי של שוק דסטלית, ללא רגישות גרמית. NV שמור.

קולות לב סדירים לא מהירים ללא אוושות.

כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, נשימה בועית.

בטן רכה לא תפוחה לא רגישה ללא סג"צ.

===

מהלך ודיון:

צילום כתף ימין: לא הודגם שבר טרי או פריקה. שבר ישן ב-GT.

צילום עמ"ש מותני ועצם הזנב: לא הודגם שבר, מרווחים בין חוליתיים שמורים.

קיבל זריקת וולטרן. בוצעו חבישות עם פולידין.

הומלץ על מנוחה ומשככי כאבים לפי צורך.

למעקב רופא מטפל.

בכל מקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה.

רפוא שלמה~

Diagnosis: MVA

Followups: רופא מטפל in 7 days

Prescriptions provided:

(0) Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #10 (Ten) tablet
(1) BACTROBAN ointment 2% (15 g) topical, 1 (One) application, 1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS

Tests/Treatments Ordered:

* Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg// * Bandage with polydine

צילומים:

1. קוד צילום: 92021846

סוג צילום: כתף ימין

אבחנת צילום:

לא הודגם שבר או פריקה

חתום על ידי דר. וואל עומר בתאריך 04/09/2024

פוענח על ידי: דר. וואל עומר

מספר רשיון: 152374

2. קוד צילום: 92021847

סוג צילום: עמוד שדרה מותני

3. קוד צילום: 92021848

סוג צילום: עצם הזנב

לצפות בגליון הרפואי המלא ובצילומים היכנס ל

www.teremi.com

והכנס את הקודים המופיעים בדף זה

תאריך: 15/09/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 36.08	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
ת.לידה: 22/01/1988	טלפון: 54-3553533	מס בית: 6 / 6		

תאריך תאונה 04/09/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35983043361

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5983



035983043361



0327091922



037437

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
בתאריך 04/09/24 בדרך לעבודה היה מעורב בתאונת דרכים כי רוכב אופנועה נתקל בפס גומי בכביש, נפל מאופנוע קיבל מכה צחלק ימין, היה בטרם באותו יום, עבר צילומים ללא ממצא גרמי עדיין שיפשושים בכל החקל הימני כוויה באזור קרסול ימין ממשיך עם כאבים בפלג גוף ימין בעיקר כתף, כאבים בקרסול ימין

סימנים חיוניים: גובה 181 29/07/2024 משקל 95 29/07/2024 bmi 29.00

לחץ דם 125 / 76 29/07/2024

דופק 58 29/07/2024

ממצאים בבדיקה בכוויה עדיין הפרשה טיפה מוגלתית, נפיחות בקרסול ימין

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9232	CONTUSION HAND
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
9490	BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית:
ימשך טיפול בפצע אצל אחיות בשלב זה טיפול מקומי המשך בקטרובן עקב כאבים ונפיחות בקרסול ימין הפניה לצילום עקב כאבים בכתף ימין הפניה לUS בשאלה של קרע הפניה להערכת אורטופד הפניה לפיזיותרפיה

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחתימת 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 ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 37437
טלפון 03-6385777
פקס 03-6385778
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת ניסים אלוני 2 ראש העין
מרפאה מרפאת אלון

תאריך: 15/09/2024

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 36.08	מין: ז
ת.לידה: 22/01/1988	ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
מס בית: 6 / 6	טלפון: 54-3553533			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/09/2024 שעת תאונה: 09:30

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG	
9232	CONTUSION HAND	
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS	
9490	BURN - NOS	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/09/2024 עד יום 30/09/2024 (בכלל) סה"כ 27 ימים
15/09/2024 15/09/2024

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מרפאת אלון

ד"ר טטיאנה צוקרמן **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 15/09/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922	גיל:	36.08	מין:	ז
ת.לידה:	22/01/1988	ישוב:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:		
מס בית:	6 / 6	טלפון:	54-3553533					

תאריך תאונה 04/09/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35983043362

גורם שולח



5983

מספר הפניה



035983043362

תז נבדק



0327091922

רשיון רופא



037437

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בתאריך 04/09/24 בדרך לעבודה היה מעורב בתאונת דרכים כי רוכב אופנוע

נתקל בפס גומי בכביש, נפל מאופנוע קיבל מכה צחלק ימין, היה בטרם באותו יום, עבר צילומים ללא ממצא גרמי עדיין שיפשושים בכל החקל הימני כוויא באזור קרסול ימין ממשיך עם כאבים בפלג גוף ימין בעיקר כתף, כאבים בקרסול ימין

סימנים חיוניים: גובה 181 29/07/2024 משקל 95 29/07/2024 bmi 29.00

לחץ דם 125 / 76 29/07/2024

דופק 58 29/07/2024

ממצאים קליניים בכוויא עדיין הפרשה טיפה מוגלתית, נפחות בקרסול ימין

נחתם דיגטלית

37437

ד"ר טטיאנה צוקרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



מספר רשיון 37437
טלפון 03-6385777
פקס 03-6385778
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת ניסים אלוני 2 ראש העין
מרפאה מרפאת אלון

תאריך: 15/09/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 36.08	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
ת.לידה: 22/01/1988	טלפון: 54-3553533	מס בית: 6 / 6		

תאריך תאונה: 04/09/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35983043359

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5983



035983043359



0327091922



037437

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 קרסול ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78218	73610	צילום קרסול ימין	10401068

המטופל מתלונן על בתאריך 04/09/24 בדרך לעבודה היה מעורב בתאונת דרכים כי רוכב אופנועה נתקל בפס גומי בכביש, נפל מאופנוע קיבל מכה צחלק ימין, היה בטרם באותו יום, עבר צילומים ללא ממצא גרמי עדיין שיפשושים בכל החקל הימני כווייה באזור קרסול ימין ממשיך עם כאבים בפלג גוף ימין בעיקר כתף, כאבים בקרסול ימין

סימנים חיוניים גובה 181 נמדד ב: 29/07/2024 משקל 95 נמדד ב: 29/07/2024 BMI 29.00
לחץ דם 125 / 76 נמדד ב: 29/07/2024
דופק 58 נמדד ב: 29/07/2024

ממצאים עיקריים בכווייה עדיין הפרשה טיפה מוגלתית, נפיחות בקרסול ימין

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9232	CONTUSION HAND
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
9490	BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית
משך טיפול בפצע אצל אחיות בשלב זה טיפול מקומי המשך בקטרובן
עקב כאבים ונפיחות בקרסול ימין הפניה לצילום
עקב כאבים בכתף ימין הפניה US בשאלה של קרע
הפניה להערכת אורטופד
הפניה לפיזיותרפיה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 15/09/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 36.08	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	שבו: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
ת.לידה: 22/01/1988	טלפון: 54-3553533	מס בית: 6 / 6		

תאריך תאונה: 04/09/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35983043360

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5983



035983043360



0327091922



037437

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: US כתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US כתף ימין	10405031

המטופל מתלונן על בתאריך 04/09/24 בדרך לעבודה היה מעורב בתאונת דרכים כי רוכב אופנועה נתקל בפס גומי בכביש, נפל מאופנוע קיבל מכה צחלק ימין, היה בטרם באותו יום, עבר צילומים ללא ממצא גרמי עדיין שיפשוטים בכל החקל הימני כווייה באזור קרסול ימין ממשיך עם כאבים בפלג גוף ימין בעיקר כתף, כאבים בקרסול ימין

סימנים חיוניים גובה 181 נמדד ב: 29/07/2024 משקל 95 נמדד ב: 29/07/2024 BMI 29.00
לחץ דם 125 / 76 נמדד ב: 29/07/2024
דופק 58 נמדד ב: 29/07/2024

ממצאים עיקריים בכווייה עדיין הפרשה טיפה מוגלתית, נפיחות בקרסול ימין

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9241		CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9232		CONTUSION HAND
L08		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
9490		BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית
ימשך טיפול בפצע אצל אחיות בשלב זה טיפול מקומי המשך בקטרובן
עקב כאבים ונפיחות בקרסול ימין הפניה לצילום
עקב כאבים בכתף ימין הפניה US בשאלה של קרע
הפניה להערכת אורטופד
הפניה לפיזיותרפיה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 37437
טלפון 03-6385777
פקס 03-6385778
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת ניסים אלוני 2 ראש העין
מרפאה מרפאת אלון

תאריך: 15/09/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 36.08	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
ת.לידה: 22/01/1988	טלפון: 54-3553533	מס בית: 6 / 6		

תאריך תאונה 04/09/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35983043361

גורם שולח



5983

מספר הפניה



035983043361

תז נבדק



0327091922

מספר רשיון



037437

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בתאריך 04/09/24 בדרך לעבודה היה מעורב בתאונת דרכים כי רוכב אופנוע נתקל בפס גומי בכביש, נפל מאופנוע קיבל מכה צחלק ימין, היה בטרם באותו יום, עבר צילומים ללא ממצא גרמי עדיין שיפשושים בכל החקל הימני כוויה באזור קרסול ימין ממשיך עם כאבים בפלג גוף ימין בעיקר כתף, כאבים בקרסול ימין

סימנים חיוניים: גובה 181 29/07/2024 משקל 95 29/07/2024 bmi 29.00

לחץ דם 125 / 76 29/07/2024

דופק 58 29/07/2024

ממצאים בבדיקה בכוויה עדיין הפרשה טיפה מוגלתית, נפיחות בקרסול ימין

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9232	CONTUSION HAND
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
9490	BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית:

ימשך טיפול בפצע אצל אחיות בשלב זה טיפול מקומי המשך בקטרובן עקב כאבים ונפיחות בקרסול ימין הפניה לצילום עקב כאבים בכתף ימין הפניה לUS בשאלה של קרע הפניה להערכת אורטופד הפניה לפיזיותרפיה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
קריית-אונג שלמה המלך פינת חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקוה טורדא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק 11 עזרא קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דוד רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שלום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 17/11/2024

שם משפחה: סביר
שם פרטי: אלכסנדר
מספר זהות: 327091922
ת. לידה: 22/01/1988
רופא מפנה: צוקרמן טטיאנה
תיק מס': 1920682
מקלידה: זהירא 10:03
גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד:
מין: ז'
ר. רופא מפנה: 37437

תוצאות בדיקת U.S (על-קולית) של כתף ימין

סיבת הפניה – לאחר חבלה

LONG TENDON OF BICEPS TENDON – הודגם מעט נזל במעטפת הגיד.

INFRASPINATUS TENDON – הדגמה תקינה.

SUPRASPINATUS TENDON- הודגם בלתי אחיד, עם הסתיידויות זעירות בתוכו.

SUBSCAPULARIS TENDON- הדגמה תקינה.

SUBACROMIAL BURSA- הדגמה תקינה.

ACROMIOCLAVICULAR JOINT – הודגמו שינויים ניווניים, תפיחות ברקמה הרכה.

מבנה גרמי – תקין.

אין לראות נזל תוך פירקי.

בוצע ע"י טכנאי/ת : גיא גובן

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מספר רשיון 37437
טלפון 03-6385777
פקס 03-6385778
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת ניסים אלוני 2 ראש העין
מרפאה מרפאת אלון

10:48 תאריך: 18/02/2025

הפניה כללית

פרטי המטופל:	סביר אלכסנדר	מס זהות: 00327091922	גיל: 37.01	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף:	
ת.לידה: 22/01/1988	ישוב: 54-3553533	טלפון: 6	מס בית: 6	

מספר הפניה ישירה: 35983053159

גורם שולח



5983

מספר הפניה



035983053159

תז נבדק



0327091922

מספר רשיון



037437

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
V726	LABORATORY EXAMINATION	
3731	STYE	

תלונות: הפניה לבדיקות דם למעקב שומנים

מזה כי 3 ימים נפחות בעפעף לטיפול מקומי בסינטו

ממשיך עם התלונות על קרסול ימין - צילום תקין וכאבים בכתף ימין אחרי תאונה US של הכתב - הסתידות עושה כעת פיזיותרפיה יזמין תור להערכת אורתופד

סימנים חיוניים: גובה 181 29/07/2024 משקל 96.1 07/10/2024 bmi 29.33

לחץ דם 125 / 76 29/07/2024

דופק 58 29/07/2024

19/09/2024 מתאריך 98.32 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: הוסברה חשיבות קביעת תור לאחר ביצוע הבדיקות לשם מעבר על התוצאות

נחתם דיגיטלית

37437

ד"ר טטיאנה צוקרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

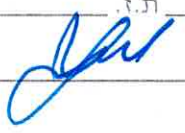
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X



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 _____ לחודש _____ שנה _____

X _____ חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין