



אישור שליחת פקס

23 עמודים
31/8/2025 14:46

FAXCORE זיהוי מקבל
MyFax זיהוי שולח

אל 03-9426797
מאת אריאל פרייברג



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

מבלי לפגוע בזכויות

Office@freiberg-law.com

תזכורת

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מרחוב ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

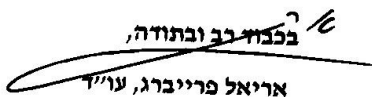
א.ג.נ. שלום רב,

באתר

הנדון: יעקב ישראל פרייזלר, ת.ז. 313243602

תאונה מיום 20.3.25

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

עמוד 1



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

תזכורת

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מרחוב ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

א.ג.נ. שלום רב,

באתר

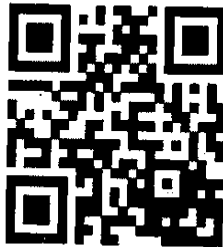
הנדון : יעקב ישראל פרייזלר, ת.ז. 313243602

תאונה מיום 20.3.25

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



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).
- ☞ למחיותך, 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 ובידורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

עמוד 1 מתוך 8

313243602

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

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	
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעבוד זר)	
סריסר		יער		313243602	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
		12106789		@	
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. לידעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מע למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שם מעסיק/ מפעל					
תפקיד התובע במקום העבודה					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:					
האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:					
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

2א'

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☒ שבי"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

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
25/03/2020	חמישי	13:50		

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט הפגיעה הייתה בגלל חוסר זהירות שלי

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	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
25/03/2020	מיאיר שחר	קצין ראש שירות	

4

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
בן י"ן, ז'אן, ז'אן	חבלת יד ימין	3000
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
2003 29 05	10	מיון ז'יר קליני ז'אן
שנה חודש יום	שעה	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצויים על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
237	תחום רפואי	טלפון המרפאה

5

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
8137 גליאל כר"ר	122 ה"ל 7, רמת גן	03-7412358

6

סוג התאונה

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

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

שם הקבלן המבצע

שם האתר

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

7

לפני הפגיעה

במהלך שלוש 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

מתאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 25/3/25 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בבנק, 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 להעביר לחשבוני הפרטי שלי (מספר חשבון) מטה:

שמות בעלי החשבון	שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
כ"ס"א י. זקן, יעל אקנה	בנק הפועלים	סניף גא. השומר	132	138824

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

10 מסור חסם הכנסה - יש לציין כיצד יסודות הכנסה יועברו לפרט:

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/תובעת

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 ביורר זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועזין 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.

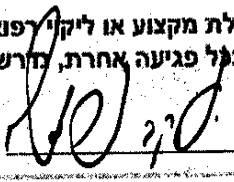
אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לאו 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.

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

תאריך 26.5.25 חתימת התובע * 

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צ אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

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

12

3

פרטים על תשלום דמי מחלה ע"י החומ"ק 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)

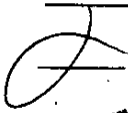
4

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 _____

חתימה וחזותמת * 

שם החותם רפ"ק

תפקיד החותם מנהל

משטרת ישראל

30-03-2025

אמ"ש מנהל

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ 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)

קיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחזותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
2003 2025 שנה חודש יום	313243602	60
שם פרטי	שם משפחה	
228'	כרי"ל	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

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 86.5.85 חתימת המבוטח ד.ד.ד. x

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר תב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

תאריך קבלה: 20/03/2025 14:54
מספר קבלה: 2852338201

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אדח

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH	E8149		20/03/2025	✓			
בזמן עבודה תאונת דרכים אופנוע נכנס במטופל							

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערוח: הולך רגל, נפגע מאופנוע, כאבים בשתי האמות, ללא חבלת ראש

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מטופל בן 29 שוטר בתפקידו
בריא בד"כ

היום בזמן שעבד נסה לעצור אופנוע אשר לא עצר ונכנס במטופל מתאר שהעיף אותו כעת מלין על כאבים אמה ימין ושורש כף יד ימין, מתאר כאבים באיזור הצלעות משמאל

כעת במיון ללא סימני מצוקה
מדדים תקינים

A-שמור

B-כניסת אוויר טובה דו"צ

C-תקין

D-חשד לשבר באמה / שורש כף יד ימין כאבים

E-שפשוף קלים במרפק מימין ושפשוף בבטן שמאלית אמצעית ללא הימאטומה ללא אמפיזמה תת עורית

ראש ללא סימני חבלה כלל

צוואר ללא סימני חבלה ללא רגישות במישוש חוליות ע"ש צוארי ללא סימן מדרגה

זדה ללא סימני חבלה כניסת אוויר טובה דו"צ

בטן רכה לא תפוחה ולא רגישה כלל ללא סימני ג"צ פצע בטן שמאלית אמצעית שפשוף קל

אגן יציב

יד שמאל מניע ROM שמור אך כאבים בכתף משמאל

יד ימין אמה עם רגישות מתקשה לנייד אותה אצבעות פותח וסוגר

רגליים ללא סימני חבלה למעט שפשוף על הברכיים ROM שמור

נוירולוגית ללא חוסרים סיסטורים או מוטורים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

צל"ח תקין ללא חזה אוויר ללא אמפיזימה תת עורית

ת-

CT בטן

אורתופדים

המטופל מציין שקבל טיטאנוס לפני כשנה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
15:40 20/03/2025	36.7	91	145/91	99	3

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	20/03/2025 15:52	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg
Oral				

מהלך ודיון

נרשם ע"י דר' איפלח מוטי מ.ר. 178125, מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:11

נושא: אורתופד

דיווח / דיון: בן 29, רקע כמתואר

מלין על כאבים בשורש כף יד שמאל ובברכיים

בבדיקתו

מניע צוואר לכל הכיוונים

עמש - ללא סימני חבלה, ללא רגישות לכל אורכו

כתף שמאל - ללא סימני חבלה, טווחים שמורים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה שמורה RUMA, רדיאלי נמוש, רגישות

דיפוזית אמה ימין, ללא רגישות SNUFFBOX או סקפואיד

גפיים תחתונות - פרקי ירכיים חופשיים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה דיסטלית שמורה

צילום אמה ימין - ללא ממצא גרמי חרף

צילום ברכיים - ללא ממצא גרמי חרף

משוחרר אורתופדיה עם ההמלצות הבאות

#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.

#נגד כאבים לפי הצורך.

#קירור מקומי.

#ביקורת אורתופד/ת בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.

#בכלל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

נרשם ע"י דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:23

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב- 20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים	תאריך לידה: 18/05/1995	שם משפחה: פרייזלר
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360	שם פרטי: אברהם יעקב
אחות אחראית: נחמי בקר	מין: זכר	כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד
טלפון: 03-9377011	גיל: 29	טלפון: 0506789121
פקס: 03-9222173		

נושא: CT

דיווח / דיון:

הזדגמ מעט הסננה שומן סביב עורק ה-CELIAC, ללא עדות לדיסקציה או אקסטרוזציה של חומר ניגוד. לייעוץ / מעקב רופא כלי דם.
ללא עדות לממצא מוקדי בפרנימימה הלב לב או הרחבה צינור הלב לב הראשי.

בהתייעצות עם ד"ר מרוס מכלי דם אין משמעות לממצאים בסיטי משוחרר

המלצות

המלצה:

משוחרר אורתופדיית עם ההמלצות הבאות
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#קירור מקומי.
#ביקורת אורתופדית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת – לבדיקה רפואית

משוחרר כיורגית עם ההמלצות הבאות -

נגד כאבים לפי מרשם מצורף

מנוחה בבית 5 ימים

בכל החמרה יש לפנות למיון

חופשת מחלה: 5 ימים.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	Oral	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)
✓	לפי הצורך			5 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE)

סטטוס מטופל בשחרור

מטופל יציב המודיגמית ונשימתית. הבדיקות, הממצאים וההמלצות הוסברו למטופל, רושם שמבין את התהליכים שבוצעו במלרד ואת ההמלצות.

אחות מרכזת טיפול

אחות: בן ציון גלית מ.ר. 223690

רופא אחראי

רופא: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

חתימה:

נחתם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

כל ביקור במלד"ד כרוך בתשלום הפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' עתאמנה עומר 20/03/2025 19:26
חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים	
חתימה דיגיטלית	
רופא מטפל:	רשיון:
דר' עתאמנה עומר	170642

חתימה דיגיטלית:

סרקו את הקוד על מנת לצפות בבדיקות ובמכתבי השחרור



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחיות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר תב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29



מס מרשם: 1773905
-תוקף מ: 20/03/2025 עד: 03/04/2025

טלפון סולר: 036749645

תלידה: 18/05/1995

מין: זכר

גיל: 29.10

טלפון: 0506789121



31324360

פרייזלר אברהם יעקב

כתובת: אמרי חיים 21 כפר חב"ד
מיקוד: 6084000

גורם מבטח: קופ"ח מכבי

קופה: מכבי

DRP OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 1000 mg
25 Drops) (DIPYRONE)

1 DRP X 3 ביום

7 ימים

הוראות לשימוש:

mg 1000 Oral X 1 (אחד) X 3 (שלוש) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים

TAB ZALDIAR
37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL 1 tab
HYDROCHLORIDE)

1 TAB X 3 ביום

5 ימים

הוראות לשימוש:

mg 1000 Oral X 1 (אחד) X 3 (שלוש) פעמים ביום למשך 5 (חמישה) ימים

לפי הצורך

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

חתימה וחתימת:

ד"ר עתאמנה עומר



מ.ר. 170642

תאריך הפקדה: 20/03/2025

בילינסון מלרד - אגף מהלכים 03-9377011



קוד הפניה: 427285121

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: פרייזלר		שם פרטי: יעקב		ת.ז.: 313243602	
ת.לידה: 18/05/1995		מין: ז		טלפון: 038074890		טל.עבודה/נייד: 0506789121	
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק		מיקוד: 5164274					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
בבדק בחדר מיון

ממצאים: בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST

שלילי, מבחן CROSS שלילי,

כוח גס שמור, תחושה שמורה.

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות

לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

בעיות ידועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול בכאבים בצוואר וטיפול בכאבי גב
נא לקבל לטיפול בהקדם האפשרי!

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 23/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/03/2025

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - 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.



—GLA, ANALIZ

וְ



000308873030

03-6581446 : 079

שם גורם מטא-ל₁: קאמטא סולאס

מומחה כירורגיה אורתופדית

03-6331333

שם מטופל: פרייזלר יעקב

313243602:ר"ן

גיל: 29 שנים ו-10 חודשים

0506789121,038074890:11576

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי, בביקור מתאריך: 27/03/2025 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרישוי	לפני השינוי	ערב	צהריום	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחות	שם התרופה
כמות ליניקין: TAB 10	27/03/2025-17/04/2025					10 ימים	פעם ביום	tab. piroxicam 20 mg
** השתתפות עצמית: 15 %								* BREXIN
כמות ליניקין: TAB 20	27/03/2025-17/04/2025		1 טבליה		1 טבליה	10 ימים	פעמים ביום	tab. paracetamol 325 mg
** השתתפות עצמית: 15 %								tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR

יָדוע לִי שְׁמוֹרֶשֶׁה הַרוֹקֵחַ/ת לִנְפֶּק חֲלוּפֶה גְּנִיּוֹת שְׂאוּשֶׁרָה ע"י הַקּוֹפֶה אֵלּא אִם גּוֹרֵם מִטְפֵּל צִיין אַחֲרָהּ. *
בְּיוֹם הַנִּיפּוֹק. חוֹבֶה הַלְּהַצֵּי כִּרְטִיס מִמֶּנּוּ בְּבֵית הַמַּרְקָחַת או רִשְׁמֵת תַּרְפוּת בְּבִיקוּר. לִידְעֵתָךְ מֵרֶשֶׁם הַמּוֹפֵק עִם חֲתִימָה יִדְגִּיטִילִית יִנּוֹפֵק בְּבֵית הַמַּרְקָחַת וְקָא אִם הוּא מוֹפִיעַ בְּמֵאגַר הַמֵּרְשָׁמִים הַמִּמוּחָשֵׁב. בְּמִקְרָה שֶׁל כֶּשֶׁל
הַיִּשְׁתָּרֶה לִי מִתּוֹ לִיפֶּק אֶת הַחֲרֻפּוֹת הַשְׂמוּעִים זֶה שֶׁיִּנְוֶה תַּחֲלִית לַחֲרֻשָׁה רִפּוּאִי. תַּרְפוּת וְשִׁדְוָשׁוֹת מֵרֶשֶׁם נִינֵר אִינוּ מִצּוּמֵק בְּדֹף זֶה וְלִצּוֹר קִבְלָתָם יֵשׁ לַהֲגִיעַ עִם הַמֵּרֶשֶׁם הַמְקֻרִי.

35600

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0322081159



035600



קוד הפניה: 427284436

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל. עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

ממצאים:

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי,
מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה.
מזלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה,
רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

בעיות ידועות:

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

מעשנות: לא

קוד מב"ר

פרוטוקול ביצוע הבדיקה

בדיקה דרושה

L1039

L1039

L1039

L1039

CT עמוד השדרה צווארי

CT עמוד השדרה גבי

CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

CT שורש כף יד

שאלה לרדיולוג:

נזק דיסקופטי בע"ש
שבר בשורש כף יד ימין?

בדיקת מעבדה

תוצאה

תאריך ביצוע לפני

Creatinine (B)

1.2

eGFR

81

19/12/2024 3 חודשים

19/12/2024 3 חודשים

שם הרופא: ד"ר קוזנצוב איגור

תאריך: 27/03/2025

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גזרם מפנה



0322081159



035600

קוד הפניה: 427284436



טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד 5164274		



0313243602

הפניה למכון דימות - C.T

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 22/12/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

החתימה

תאריך: 27/03/2025
שעה: 8:36:03

ת.ז.: 0 313243602 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 22/12/2025

ז: פרייזלר

אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

ית חולים
בון
ברזל

20
69710
מיל: 03-7644444 לפון:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250340102

היננו מאשרים כי פרייזלר יעקב ת.ז.: 313243602
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
גיל החבר: 29

לשימוש המוסד נותן השרות :

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
313243602	250340102	27032025

קוד	מס	קוד CPT	מס	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך יציאה	כמות
01	0	72127	1	CT עמוד שדרה צווארי	50601	27/03/2025	27/03/2025	1
01	0	72130	2	CT עמוד שדרה גבי	50651	27/03/2025	27/03/2025	1
01	0	72133	3	CT עמוד שדרה מותני סקראל	72131	27/03/2025	27/03/2025	1
07	0	73200	4	CT שורש כף יד	51451	27/03/2025	27/03/2025	1

כהנמן (בניין ו') 64
טל: 03-6176565

מרכז רפואי: כהנמן - ב"ב

ישוב: בני ברק
מתאם שרות:

התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

נספח להתחייבות מספר 250340102:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים :
[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החיל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש
וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה
מבוצעת באחת משלוחות אלה.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יגאל יואל כר"ל, מרחוב 313 243 602, 372, 32, 372 לשכת המבחן, להיות באי כוחי במשפט של ת.ז. מס' 313 243 602, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום לשכת המבחן במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום לשכת המבחן במשפט של נגד 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 הנוגע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

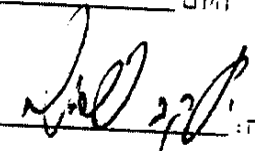
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

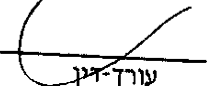
ולראיה באתי על החתום

היום 30 לחודש 3 שנה 2025

X  חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254


עורך-דין