



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



19 ספטמבר 2024
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נכות מעבודה

תל אביב יפו

באמצעות פקס : 03-5127402

א.ג.נ.,

הנדון : אברהם שריאני, ת.ז. 58128422

תאונה מיום 3.4.24

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.

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

בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

058128422

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

ש-א-נ'י

שם פרטי

אברהם

מספר זהות
ס"ב

058128422

תאריך לידה

11/04/1963

שנה חודש יום

עיסוק

☒ שכיר

☐ מתנדב ☐ עצמאי

מין

☒ זכר

☐ נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

מס' 544

מס' בית

89

כניסה

7

דירה

יישוב

ה' אר"י

מיקוד

דואר אלקטרוני:

@

טלפון נייד

0529487895

טלפון קווי

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

שם משפחה של איש קשר
מס' זהות של איש קשר
ס"ב

שם פרטי של איש קשר

שם משפחה של איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

03/04/2024

שנה חודש יום

דגלן מרצור על כבאבא גרסא זחיל

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

הכרזת

טלפון

מ'קו

יישוב

ד'רר

ביסה

בית

כתוב/תא דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

213

x3

מקום השירות

משמר הכנסת

צה"ל 

□ משמר אזהרה,

שב"ס

☐ אחר

משטרה

טלפון קווי

טלפון נייד

ממ' 079

מציקוד

יִישׁוּב

מס' בית

רחוב/תא דואר

תאריך כניסה לשירות קבע תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

ל ☐ כ ☐

אם הוגשה על ידך תביעה וגדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

שנים

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

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

137 ☒ כן, פרט ☐ לא

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח כנ"ל

צ"ן בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בר או עדיין מטפלים בר:

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמר או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ונזק רב מאוד בכתף ימנית
כאבים ונזק רב מאוד בכתף שמאלית
קושי רב ללכת ולעלות ויורדות
כאבים ונזק רב מאוד בכתף שמאלית

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

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

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

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

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

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

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

טלפון
03-7412354

כתובת

מסלול 7, תל אביב

שם גודם מסייע

ד"ר איתן מירון

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

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

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

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

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

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה x _____ חתימת השותפים לחשבון x _____

11

הצהרה

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

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

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

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

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

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך _____ 22.9.22 חתימת התובע x _____

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

03/04/2024
שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

058128422

קוד גמלה

11

שם פרטי

מר יצחק

שם משפחה

לייבוש

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

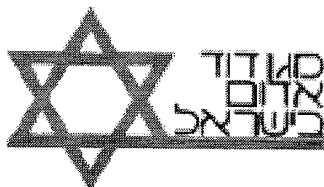
2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

חתימת המבוטח *

22.9.24

תאריך



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 03/04/2024

ארוע: 1850

מספר טופס: 17507045

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז.: 58128422

שם משפחה: שריאני

שם פרטי: אברהם

מין: זכר

תאריך לידה: 11/04/1963

גיל: 60

כתובת: תל אביב - יפו, מעפילי אגוז , 89

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0529487895

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: תל אביב יפו, השל"ה , מכבי , 7

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה בכתף שמאל.

מחלה נוכחית: בן 60 ישוב בלובי קופת חולים.

לדבריו, במהלך הליכה נפל עקב בליטה במדרכה וכתוצאה מכך בכתף שמאל.

מתלונן על כאבים בכתף שמאל.

בבדיקה מתמצא בזמן ובמקום, זוכר את כל פרטי האירוע. בכתף שמאל כאב והגבלה בתנועה, ללא שינוי צורה הנראה לעין.

ללא רגישות במישוש בעמ"ש, עמ"צ, חזה, בטן.

כאוב ללא קליניקה חריגה נוספת הנראית לעין.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: כולסטרול

תרופות: Anti-hyperlipidemics

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אחידות מס' 1436 - בדיקה 1	
12:16	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נושם	נשימות
18	קצב נשימה
סדיר	דופק
66	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית
לא רגישה, רכה	בטן
בדיקות ניוחולוגיות	
חיוך סימטרי	פנים
תקין	כח גס
תקין	דיבור

בדיקות עזר

אחידות מס' 1436 - בדיקה 1	
12:16	בדיקות
99	SPO2 באוויר החדר
148/94	לחץ דם
ק	אישונים שווים

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טראומה:

זרוע שמאל: כאב

זרוע אחורית שמאלית: כאב

טיפול

אחידות מס' 1436 - בדיקה 1	
12:16	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אחידות מס' 1436 - בדיקה 1	

הערות

תאונה בזמן העבודה.

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל

המבקש : מרפאה

מקום האירוע : השל"ה/מכבי 7 - מכבי תל אביב יפו

קוד מבצעי: 1436

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 12:29

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

נשימות לדקה: 18

דופק ספונטני: סדיר

דופק לדקה: 66

לחץ דם: 148/94

יעד פיגוי

יעד: בית חולים

שם בית החולים: איכילוב- תל-אב

מחלקה: מהלכים.

נמסר ל: רוטי

זמנים

קבלה 12:00 : יציאה 12:00 : הגעה 12:13 : מפנה 12:19 : ביעד 12:29 :

אנשי צוותשם הנהג : שיר שמיע חתימה :

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראית: מרבן רוזנבלט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: שריאני	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 58128422
תאריך לידה: 11/04/1963	גיל: 60	טלפון: 052-9487895
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: מעפילי אגוז 89 תל אביב-יפו יפו תל אביב-יפו 67437

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 03/04/2024 12:32 מספר מקרה: 13142687

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

חבלת הכף

מחלה נוכחית

בן 60

בריא בדר"כ

יד ימין דומננטית

ביום פנייתו למיון במהלך עבודתו נפל ונחבל ונחבל בכתף שמאל, מאז קושי וכאב בהנעת הכתף

בבדיקתו -

ללא רגישות על פני הכתף או עצם הבריח

כאב מופק מוטורית יותר באבדוקציה

לסירציה שטחית על פני הכתף

תחושה שמורה סביב ARUM

דופק נמוך

בצילום - שבר שליש דיסטלי של קלוויקלה ללא תזוזה

פרטיו הועברו ליח' כתף- במידה וצריך המשך טיפול כירורגי יצרו איתו קשר

הושם במתלה

משוחרר אורטופדיית עם ההמלצות הבאות

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
CLAVICLE FRACTURE	810.00	Left		✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	12:52 03/04/2024
כאב	8

טיפול סיעודיים

תאריך ושעה	14:33 03/04/2024
מתלה	
בוצע	

מדדים לרופא מדדים

תאריך ושעה	12:52 03/04/2024
כאב	8

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN DRP 500 MG/ML drp 1000 mg	Once	12:52 03/04/2024	drp 1000 mg P.O
ACAMOL CPL 500 mg CPL 1000 mg	Once	12:52 03/04/2024	CPL 1000 mg P.O
		כחלון ענבל	כחלון ענבל

סיכום

כמפורט

המלצות כלליות

המלצה: יד במתלה עד ביקורת אורתופד בקהילה

פרטיו הועברו ליח' כתף

ביקורת בעוד שבועיים אצל אורתופד

#מעקב רופא/ה מטפל/ת, יש לפנות עם מכתב זה

#נזוגדי כאב לפי צורך

לשיכון כאבים, פאראצטמול 1000 מ"ג עד 3 פעמים ביממה, אופטלין 1000 מ"ג עד 3 פעמים ביממה. ניתן לשלב

בן התרופות במינונים המקובלים.

#בכל החמרה יש לפנות לעזרה רפואית. בריאות שלמה!

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
03/04/2024 14:33	אחות משחררת	דעיבס ריהאם מ.ר. 211151

רופאה משחררת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
03/04/2024 14:30	רופאה משחררת	דל'עבאדי מוחמד מ.ר. 173355

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

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

מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביחד.

אנחנו כאן באיכילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוקה לסיוע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי - 118



מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.
להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי
רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראית: מרבן רוזנבליט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: שריאני	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 58128422
תאריך לידה: 11/04/1963	גיל: 60	טלפון: 052-9487895
מין: זכר	מבוסח בקופה: כללית	כתובת: מעפילי אגוז 89 תל אביב-יפו 67437

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 03/04/2024 12:32 מספר מקרה: 13142687

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

חבלת הכף

מחלה נוכחית

בן 60

בריא בדל"כ

יד ימין דומגנטיות

ביום פנייתו למיון במהלך עבודתו נפל ונחבל ונחבל בכתף שמאל, מאז קושי וכאב בהנעת הכתף

בבדיקתו -

ללא רגישות על פני הכתף או עצם הבריח

כאב מופק מוטורית יותר באבדוקציה

לסירציה שטחית על פני הכתף

תחושה שמורה סביב ARUM

דופק נמוש

בצילום - שבר שליש דיסטלי של קלויקלה ללא תזוזה

פרטיו הועברו ליח' כתף- במידה וצריך המשך טיפול כירורגי יצרו איתו קשר

הושם במתלה

משוחרר אורטופדית עם ההמלצות הבאות

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
CLAVICLE FRACTURE	810.00	Left		✓			

תאריך: 04/04/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: שריאני אברהם	מס זהות: 00058128422	גיל: 61.00	מין: ז
ת.לידה: 11/04/1963	ישוב: תל אביב -	רחוב: מעפילי אגוז	טלפון נוסף: 3-7304654	
מס בית: 89 / 7	טלפון: 52-9487895			

תאריך תאונה: 03/04/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8100	LT	FRACTURE CLAVICLE CLOSED
9221		CONTUSION CHEST WALL
923	LT	CONTUSION UPPER LIMB
7245		BACKACHE

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 03/04/2024 עד יום 13/04/2024 (בכלל) סה"כ 11 ימים
04/04/2024 04/04/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר קטיה אוסטרובסקי אליס **נחתם דיגיטלית**

נטקה - תל אביב

ACCIDENT

FRACTURE

CONTUSION

CONTUSION

BACKACHE

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 24743
טלפון 03-6302222

שם הרופא ד"ר קטיה אוסטרובסקי אליס
תחום רופאת משפחה
כתובת הרטוב 5, תל אביב
מרפאה נטקה - תל אביב

מחוז ת"א

תאריך: 08/04/2024

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שריאני אברהם	מס זהות: 00058128422	גיל: 61.00	מין: ז
ת. לידה: 11/04/1963	ישוב: תל אביב -	רחוב: מעפילי אגוז	טלפון נוסף: 3-7304654		
מס בית: 7 / 89	טלפון: 52-9487895				

תאריך תאונה: 03/04/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8100	LT	FRACTURE CLAVICLE CLOSED
9221		CONTUSION CHEST WALL
923	LT	CONTUSION UPPER LIMB
7245		BACKACHE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 14/04/2024 עד יום 30/04/2024 (בכלל) סה"כ 17 ימים
08/04/2024 08/04/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר קטיה אוסטרובסקי אליס **נחתם דיגיטלית**

נטקה - תל אביב

חותמת הרופא 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: 09/04/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שריאני אברהם	מס זהות:	00058128422	גיל:	61.00	מין:	ז
ת. לידה:	11/04/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	מעפילי אגוז	טלפון מסר:	3-7304654	
מס בית:	89 / 7	טלפון:	52-9487895					

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/04/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: פנה לצורך לקבל מתלה לכתף שמאל לאחר חבלה לפני מספר ימים
עבר צילום לדבריו שבר בכתף שמאל
יש לו תור לאורתופד שבוע הבא

נושא הבדיקה: טראומה

בדיקה גופנית: מתלה לכתף שמאל

קוד	איפיון	אבחנה
V674		FOLLOW-UP EXAMINATION FOLLOWING TREATMENT OF FRACTURE

דיון/תוכנית טיפולית: מתלה

פעולות	קוד	כמות
908 רפוזיציה ו/או קיבוע שבר	908	1

בברכה,

נחתם דיגיטלית

116723

אשרף עבדול חמיד

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מס' רשיון 116723
אשרף עבדול חמיד
מנהל קליני ביקור רופא

פרטים כלליים

גיל המטופל: 61.00
תאריך ביקור: 22/04/2024
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 03/04/2024

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011

עובד דוור, סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח' המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב, אחר כך קרח מקומי שעה, נשלח להפיזיותרפיה במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון(דפומדרול 80 מג או דיפרוספן 14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי הצלחה.

24/08/2022

בא עקב בהון קלובה ללא כאב, מדי פעם רק נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (ממליץ על מדרסים) נעל רחבה

22/04/2024

תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישרה בכתף ימין לפני שבועיים ב3.4.24 נבדק במיון איכילוב

אובחן שבר עצם הבריו, סבל מכאבים חזקים מאוד, כדורים לא עזרו. עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הבריו עם הגבלה בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד

המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם נשלח/ה לפיזיותרפיה

משככי כאבים לפי הצורך מסוג NSAID(וולטרן; אטופן; קספו או ארקוקסיה) לפני נטילת תרופה יש להתייעץ עם רופא המטפל. נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה

בדיקה גופנית: כתף שמאל כאב והגבלה בתנועה אקטבית 80 מע פסיבית 100 מע. רגישות קלה ללא עיוות או לחץ על העור באיזור עצם הבריו משמאל רגישות קלה בצלעות קו השחי גובה צלע 89 משמאל בטן רכה

ממצאים ותוכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
		# claviale lt +rib lt 3.4.24
7342		FLATFOOT BILATERAL
7271		HALLUX RIGIDUS OR VALGUS
7287	lt	PLANTAR FASCIITIS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס
הפניה לדימום	78109-צילום כתף מלא שמאל	H3	הודפס

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
PD	1	ר	N	יחידה	20	20	D	1	טבליות	TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB
PD	1	ר	N	אריזה	1	5	D	2	להשתמש	GEL		37.5MG/325MG PERSKINDOL ACTIVE GEL 100ML CF

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה ראשונה)	113	01/05/2024	07/05/2024	הודפס

סיכום

מבנה סיכומי יועץ

סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	בוטל העתק טופס ונשלח מסר ביטול תשובה לרופא מטפל	רגילה
סיכום ביקור	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 22/04/2024	שם מרפאה: מר.עצ. ד"ר לשינר ויאצ'סלב
רופא מעדכן: ד"ר ויאצ'סלב לשינר	קוד מרפאה: 6058
מס רשיון: 31963	קוד מחוז: 02

גביה

סיבת קביעת חוב 25	מערכת קובעת חוב 310
תאור סיבת סטטוס הצמדה: ניתן להצמיד	

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור מסר



מספר רשיון 31963
טלפון 03-9653339
פקס 03-7304416
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר ויאצ'סלב לשינר
תחום אורטופדיה
כתובת שדרות יד לבנים 35 תל אביב
מרפאה ד"ר לשינר ויאצ'סלב - תל אביב

תאריך: 22/04/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שריאני אברהם	מס זהות:	00058128422	גיל:	61.00	מין:	ז
ת.לידה:	11/04/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	מעפילי אגוז	טלפון נוסף:	3-7304654	
מס בית:	7 / 89	טלפון:	52-9487895					

תאריך תאונה 03/04/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה 36058018997

גורם שולח



6058

מספר הפניה



036058018997

תז נבדק



58128422

רשיון רופא



031963

לכבוד: מכון פיזיותרפי PHYSIOTHERAPY

בירור וקבעית תור בטל 2700*

במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגים -יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

clavicale lt +rib lt 3.4.24

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011

עובד דוור, סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח"3

המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב, אחר כך קרח מקומי

שעה, נשלחה לפיזיותרפיה

במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון(דפומדרול 80 מג או דיפרוספן

14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי הצלחה.

24/08/2022

בא עקב בהון קלוה ללא כאב, מדי פעם רק

נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (ממליץ על מדרסים)

נעל רחבה

22/04/2024

תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישרה בכתף ימין לפני שבועיים ב3.4.24

נבדק במיין איכילוב

אובחן שבר עצם הבריא חזקים מאוד, כדורים לא עזרו

עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הבריא עם הגבלה

בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד

המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם

נשלחה לפיזיותרפיה

משככי כאבים לפי הצורך מסוג NSAID(וולטרן; אטופן; קספו או ארקוקסיה)

לפני נטילת תרופה יש להתייעץ עם רופא המטפל.

נשלחה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה

בעיות פעילות

מגילו	איפיון	בעיה
01/08/1998		S/P STRIPPING LT VARICOUS VEIN/08.98/
27/11/2022		OBESITY

VARICOSE VEINS LT LEG

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים
 כתף שמאל כאב והגבלה בתנועה אקטבית 80 מע פסיבית 100 מע . רגישות קלה
 ללא עיוות או לחץ על העור באיזור עצם הבריה משמאל
 רגישות קלה בצלעות קו השחי גובה צלע 89 משמאל בטן רכה
 ד"ר ויאצ'סלב לשינר

נחתם דיגיטלית	31963	
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.		

תאריך: 22/04/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם זהות:	מס זיהוי:	גיל:	מין:
שם משפחה ופרטי:	שם זהות:	מס זיהוי:	מס זיהוי:	גיל:	מין:
ת.ל.יד:	ת.ל.יד:	ת.ל.יד:	ת.ל.יד:	ת.ל.יד:	ת.ל.יד:
מס.בית:	מס.בית:	מס.בית:	מס.בית:	מס.בית:	מס.בית:

תאריך תאונה 03/04/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 36058018998

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



6058



036058018998



58128422



031963

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס הפניה, 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 - X RAY
RADIOGRAPHY

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	צילום כתף מלא שמאל	שירות רפואי
78109	73030	צילום כתף מלא שמאל	10401036

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011

עובד דוור, סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח'3

המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב, אחר כך קרח מקומי

שעה, נשלחה לפיזיותרפיה

במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון(דפומדרול 80 מג או דיפרוספן

14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי הצלחה.

24/08/2022

בא עקב בהון קלובה ללא כאב, מדי פעם רק

נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (ממליץ על מדרסים)

נעל רחבה

22/04/2024

תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישרה בכתף ימין לפני שבועיים ב3.4.24

נבדק במיון איכילוב

אובחן שבר עצם הבריא חזקים מאוד, כדורים לא עזרו

עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הבריא עם הגבלה

בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד

המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם

נשלח/ה לפיזיותרפיה

משככי כאבים לפי הצורך מסוג NSAID(וולטרן; אטופן; קספו או ארקוקסיה)

לפני נטילת תרופה יש להתייעץ עם רופא המטפל.

נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה

ממצאים עיקריים

כתף שמאל כאב והגבלה בתנועה אקטבית 80 מע פסיבית 100 מע. רגישות קלה

ללא עיוות או לחץ על העור באזור עצם הבריא משמאל

רגישות קלה בצלעות קו השחי גובה צלע 89 משמאל בטן רכה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
		# clavicle lt +rib lt 3.4.24
7342		FLATFOOT BILATERAL
7271		HALLUX RIGIDUS OR VALGUS
7287	lt	PLANTAR FASCIITIS

בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
01/08/1998		S/P STRIPPING LT VARICOUS VEIN/08.98/
27/11/2022		OBESITY

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

****נחתם דיגיטלית****

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

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: 28/05/2024

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **שריאני אברהם**
מס זהות: **00058128422**
גיל: **61.02** מין: **ז**
ת.לידה: **11/04/1963**
מס בית: **7 / 89**
ישוב: **תל אביב -**
טלפון: **52- 9487895**
רחוב: **מעפילי אגוז**
טלפון נוסף: **3- 7304654**

סוג תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	03/04/2024
מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
031963	58128422	036058019715	6058

לכבוד: רופא המטפל

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
		# clavicle lt +rib lt 3.4.24
7342		FLATFOOT BILATERAL
7271		HALLUX RIGIDUS OR VALGUS
7287	lt	PLANTAR FASCIITIS

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011
עובד דוור , סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח'3
המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב,אחר כך קרח מקומי
שעה, נשלחה לפיזיותרפיה
במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון(דפומדרול 80 מג או דיפרוספן
14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי הצלחה .
24/08/2022
בא עקב בהון קלובה ללא כאב , מדי פעם רק
נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (ממליץ על מדרסים)
נעל רחבה
22/04/2024
תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישרה בכתף ימין לפני שבועיים ב3.4.24
נבדק במיון איכילוב
אובחן שבר עצם הבריח, סבל מכאבים חזקים מאוד, כדורים לא עזרו .
עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הבריח עם הגבלה
בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד
המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם
נשלחה לפיזיותרפיה
משככי כאבים לפי הצורך מסוג NSAID(וולטרן; אטופן ; קספו או ארקוקסיה)
לפני נטילת תרופה יש להתייעץ עם רופא המטפל .
נשלחה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה
28/05/2024: עדיין יש כאב והגבלה בתנועה
צ- כתף שמאל שבר מחובר ללא תזוזה חלק הדסטלי
המלצה הפעלת כתף שמאל בכח למרות הכאב,
ביקורת בעוד ח'3

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 22/04/2024
כתף שמאל כאב והגבלה בתנועה אקטבית 80 מע פסיבית 100 מע . רגישות קלה
ללא עיוות או לחץ על העור באיזור עצם הבריח משמאל
רגישות קלה בצלעות קו השחי גובה צלע 89 משמאל בטן רכה
28/05/2024
כתף שמאל הגבלה בתנועה עם כאב בסוף התנועה אקטבית 90 מע פישוק

ההפניות שהופקו ב 22/04/2024:
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , הפניה לדימות - 78109-
 צילום כתף מלא שמאל
 :28/05/2024

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/08/1998		S/P STRIPPING LT VARICOUS VEIN/08.98/
27/11/2022		OBSITY
03/04/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS
03/04/2024	LT	FRACTURE CLAVICLE CLOSED
03/04/2024		CONTUSION CHEST WALL
03/04/2024	LT	CONTUSION UPPER LIMB
03/04/2024		BACKACHE

VARICOSE VEINS LT LEG

מידע ישן

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG

ד"ר ויאצ'סלב לשינר	31963	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומתמת הרופא

תאריך: 30/07/2024

טופס בקשה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: שריאני אברהם	מס זהות: 00058128422	גיל: 61.04	מין: ז
ת.ל.ידה: 11/04/1963	ישוב: תל אביב -	רחוב: מעפילי אגוז	טלפון נוסף: 3-7304654	
מס בית: 7 / 89	טלפון: 52-9487895			

03/04/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3068

תז נבדק



58128422

מספר רשיון



024743

לכבוד: מסר תרופות - תאונת עבודה

אישור ל:

TRAMADEX FLASH TABS 50 MG *2

DEXAMOL 500MG *2

OPTALGIN DROPS 30*2

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8100	LT	FRACTURE CLAVICLE CLOSED
9221		CONTUSION CHEST WALL
923	LT	CONTUSION UPPER LIMB
7245		BACKACHE

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/05/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/04/2024

הביא ט 250

נתקל בבליטה בכביש, נפל, נחבל בכתף שמאל, יש שמאל, גב עליון ותחתון,

צלעות משמאל

08/04/2024

סובל מכאבים קשים, טיפול באקמול, נורפן, אופטלגין לא עוזר

זקוק ליעוץ אורתופדי דחוף לגבי קיבוע

26/05/2024

כאבים בכתף שמאל, הגבלה בהנעת היד, אבל סה"כ שיפור במצב

חזר לעבודה

מומלץ להימנע להרמת משאות כבדים בחודשיים הקרובים

30/07/2024

כאבים בכתף שמאל, לא מסוגל להרים את היד יותר מ80-90 מעלות

כאב בכתף גם במנוחה

רוכש קבוע משככי כאבים

מבקשת לאשר אותם בגין תאונת עבודה:

TRAMADEX FLASH TABS 50 MG *2

DEXAMOL 500MG *2

OPTALGIN DROPS 30*2

סימנים חיוניים גובה 164 18/09/2023 משקל 102 27/11/2022 bmi 37.92

לחץ דם 81 / 142 18/09/2023

דופק 59 18/09/2023



כפ"ר
11/04/2024
03/04/2024

מספר רשיון 31963
טלפון 03-9653339
פקס 03-7304416
מחוז ת"א

ד"ר ויאצ'סלב לשינר
אורטופדיה
שדרות יד לבנים 35 תל אביב
ד"ר לשינר ויאצ'סלב - תל אביב

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 04/08/2024

הפניה לדימוות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שיראני אברהם	מס זהות:	00058128422	גיל:	61.04	מין:	ז
ת.לידה:	11/04/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	מעפילי אגוז	טלפון נוסף:	3-7304654	
מס בית:	89 / 7	טלפון:	52-9487895					

תאריך תאונה 03/04/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 36058021645

גורם שולח



6058

מספר הפניה



036058021645

תז נבדק



58128422

רשיון רופא



031963

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות 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 והדימוות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון US

הוסבר הצורך למטרת הבדיקה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028 א.ס. US כתף שמאל		10405032
78003	L1028 א.ס. US כתף ימין		10405031

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/05/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011
עובד דוור, סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח3'
המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב, אחר כך קרח מקומי
שעה, נשלחה לפיזיותרפיה
במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון (דפומדרול 80 מג או דיפרוספן
14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי הצלחה.
24/08/2022
בא עקב בהון קלובה ללא כאב, מדי פעם רק
נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (ממליץ על מדרסים)
נעל רחבה
22/04/2024
תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישירה בכתף שמאל לפני שבועיים ב
3.4.24 נבדק במיון איכילוב
אובחן שבר עצם הבריח, סבל מכאבים חזקים מאוד, כדורים לא עזרו.
עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הבריח עם הגבלה
בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד
המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם
28/05/2024: עדיין יש כאב והגבלה בתנועה
צ- כתף שמאל שבר מחובר ללא תזוזה חלק הדסטלי
המלצה הפעלת כתף שמאל בכח למרות הכאב,
ביקורת בעוד ח3'
04/08/2024
עדיין כאב כתף שמאל בתנועות פישוק וכיפוף עם הגבלה בתנועה וכאב בשכיבה
המלצה הפעלת כתף בכח, US
במידה ללא הטבה הומלץ זריקת קורטיזון (הוסבר על סיכויים וסיבוכים כולל
זיהום)

תאריך: 27/08/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל המלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

שם המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם המטופל:	שם המטופל:
00058128422	00058128422	00058128422	00058128422
תאריך:	תאריך:	תאריך:	תאריך:
19/04/1963	19/04/1963	19/04/1963	19/04/1963
מס' בית:	מס' בית:	מס' בית:	מס' בית:
99 / 7	99 / 7	99 / 7	99 / 7

03/04/2024

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

36058022294

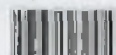
מספר הפניה:

קודם שולח

מספר הפניה

חז' נבדק

רשימת חפץ



6058

036058022294

58128422

031963

לכבוד: פיזיותרפיה, כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים
PHYSIOTHERAPY TEL - 2700 במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגיים, זקוקה
לאישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

ROTATOR CUFF SYNDROME

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/08/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/05/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/08/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2011

עובד דיוור, סובל מכאבי עקב שמאל במיוחד בקימה ח'3

המלצה PLANTAR FASCIITIS מתיחות 100 פעם כול ערב, אחר כך קרח מקומי

שעה, נשלחה לפיזיותרפיה

במידה ללא הטבה ליטפול-הומלץ זריקת קורטיזון (דפומדרול 80 מג או דיפרוספן

14 מג) או גלי הלם-הוסבר על סיכוי העלחה, 24/08/2022

בא עקב בהון קלושה ללא כאב, מדי פעם רק

נשלחה לטיפול בעזרת מידרסים (מחליץ על מדרסים)

נעל רחבה

22/04/2024

תוך כדי עבודה עקב שקע נפל עם מכה ישירה בכתף שמאל לפני שבועיים ב

3.4.24 נבדק במיין איכילוב

אובחן שבר עצם הברית, סבל מכאבים חזקים מאוד, כדורים לא עזרו.

עדיין כאב חזק מאוד בצלעות קדמת החזה קו השחי ועצם הברית עם הגבלה

בתנועות וקושי בהלבשה ותפקוד

המלצה הפעלת כתף למרות הכאב כל שעה 20 פעם

28/05/2024 עדיין יש כאב והגבלה בתנועה

צ- כתף שמאל שבר מחובר ללא תזוזה חלק הדסטלי

המלצה הפעלת כתף שמאל בכח למרות הכאב,

ביקורת בעוד ח'3

04/08/2024

עדיין כאב כתף שמאל בתנועות פישוק וכיפוף עם הגבלה בתנועה וכאב בשכיבה

המלצה הפעלת כתף בכח, US

במידה ללא הטבה הומלץ זריקת קורטיזון (הוסבר על סיכויים וסיבוכים כולל

זיהום)

27/08/2024 תחושת רגישות בכאב שמאל אפילו במנוחה בישיבה, בתנועות יש

כאב

US כתפיים- כתף ימין קרע חלקי 1 ממ בגיד SS. כתף שמאל קרע מלא 1 ממ

מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים		
מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים
מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים
מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים	מסמך זה הוא חלק מהקובץ המסמכים המצויים בקובץ המסמכים

תאריך ביקור: 12/08/2024

חלק מס': 2461711

תקלידה: 13:08 פיסח

גורם מבטח: ש. בריאות כללית ישר:

מין: ז

ר. רמא מפנה: 31963

שם משפחה: ישראני

שם פרטי: אברהם

מספר זהות: 058128422

ת. לידה: 11/04/1963

רמא מפנה: לשירות יאג'סלב

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

פיכת הכוונה - כאבים

LONG TENDON OF BICEPS TENDON - הוא גם נמצא בכמות מינימלית במעטפת הגיד

INFRA SPINATUS TENDON - הדגמה תקינה

SUPRASPINATUS TENDON - הדגם קרע חלקי באורך 0.1 ס"מ

SUBSCAPULARIS TENDON - הדגמה תקינה

SUBACROMIAL BURSA - הדגמה תקינה

ACROMIOCLAVICULAR JOINT - הדגמה שינויים נקודיים קלים

מבנה ברמי - אי סדירות נרמית בראש עצם ההומרוס.

אין לראות נוזל תוך פירק.

בוצע ע"י טכנאית: גיא גובן

רופאה בודקת: ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, החשני-1996 וחוק הגנת הפרטיות, חשמיא-1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולאן איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מחוזה עבירה.

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

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

"מסונגרי" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוספים, אולטרא-סאונד, דיפסי, דיפסן בדיק K.M.41		
כתובת-תקופה יחידה 30 ס"ט 01-8220100 תל-אביב 6101000	חברת המל"מ 11 ס"ט 04-8220100 תל-אביב 6101000	קצות-אזור שכונת רמת השרון סניף 02-8220100 תל-אביב 6101000
ראש-המחלק שמואל שני 30 ס"ט 01-8220100 תל-אביב 6101000	נחמה ד"ר 13 ס"ט 04-8220100 תל-אביב 6101000	בני-ברק סניף 01 ס"ט 03-8220100 תל-אביב 6101000

תאריך ביקור: 12/08/2024

תיק מס': 2461711

מקלידה: סימה 13:08

גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד :

מין: ז

ר. רופא מפנה: 31963

שם משפחה: שריאני

שם פרטי: אברהם

מספר זהות: 058128422

ת. לידה: 11/04/1963

רופא מפנה : לשינר ויאצ'סלב

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

סיבת הפניה – כאבים

LONG TENDON OF BICEPS TENDON – הדגמה תקינה.

INFRASPINATUS TENDON – הדגמה תקינה.

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

SUBSCAPULARIS TENDON - הודגם קרע מלא באורך 0.12 ס"מ

SUBACROMIAL BURSA - הדגמה תקינה

ACROMIOCLAVICULAR JOINT - הודגמו שיניים ניוונים קלים.

מבנה ברמי - אי סדירות ברמית בראש עצם החומחוס.

אין לראות נוזל ותך פיתקי.

בוצע ע"י טכנאית : גיא גונן

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נתמם דינסלמל

המידע הבעיל במסמך זה מוגן על פי חוק זכיוות החולק, המשגיר-1996 וחוק הווות הפך סיוות. תשס"א-1981
ואף למסור אוהו רואו את חוכטו רואו אוה מיט שהוא ממוז לכל אדם/ואו גוף אלה 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

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מר זלמן שריאלי, מס' 59128422, מרחוב מ. סלומ' 89 תל אביב,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, כולל ומוקצתן, 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 הכרות 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 מרצוה 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 פסי"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 וישם 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 בשמיי 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 18 לחודש 9 שנה 24

חתימה: X שילן

עו"ד אריאל פריימן
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

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
512101	89	58128422	0579487825
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
		67437	

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסיפוי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת נותן 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 18/9/20 _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
מס' רשיון: 62254