

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה											
שנה				חודש				יום			

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לנוכח טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לזמיני פגיעה יש למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון דווי
מלחמה ארצית	510485261	
רחוב / תא דואר	יישוב	טלפון פקס
50	מלחמה	
מס' בית	מיקוד	

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

2 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון
יונתן	רנן	21783162
מין	זכר ☒ נקבה ☐	ס"ב

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
05/08/25	07:22	סוג העבודה
מקום התאונה:	במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____	כתובת מקום התאונה
תיאור התאונה		
אדם שנה פגוע כחש 4 כחש 3		
באזור התאונה		
האיבר שנפגע		
מסלול ימני וימני ימני ימני		

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: 05/08/25 תפקיד החותם: _____ שם החותם: _____

דוד לוי
מנהל המסלול
אתר מסלול רכב חדש
מאיר חפיה למכוניות ומשאיות בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות: 021783162

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון 021783162 סוג המסמך 01 דפים
------------------------------------	--

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
קרן	יהונתן	021783162
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		ybaranes5@gmail.com
0523161166		
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
קרן וינר	נאמה	039301460

☒ 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 מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הראובן	4	4	4	ראמה	

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה				
מאיר מרבה לאנוני					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
השמי מיק טפירו	6			ראמה	
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____
האם יש קרבה משפחתית ביך 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	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

021783162

עמוד 2 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

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

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום
2025 8 04

היום בשבוע

סני

שעת הפגיעה

22:07

תאריך הפסקת עבודה

4/8/25

שעת הפסקת עבודה

22:07

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק☒ בדרך לעבודה

מחלקת אולפן שצבי פינץ בביס 4 צרום

(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

נוסע מרימטאן לראשון לציון בביס 4 צרום

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

במחלקת אולפן שצבי פינץ בביס 4 צרום ברימטאן

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ כן ☐ לא , פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום
2025 08 04

שם מקבל ההודעה

צבי פינץ

תפקיד

מנהל פאנל

טלפון

054-5688839

162/783020

עמוד 3 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שם הרופא / שירות

שעה

שנה חודש יום

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
שבה טופלת או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

שם הרופא / שירות

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ ☐ 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".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

054-6544930

טלפון

שם גורם מסייע

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה ☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין ☐ שם האתר ☐ שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד ☒ מ' ארז ☐ שם עורך הדין המטפל

כתובת ☐ מ' ארז ☐ מ' ארז

מס' פקס ☐ דואר אלקטרוני ☐ מ' ארז

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי ☐ בעיר ☐ מ' ארז

021783162

עמוד 4 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

7

פירוט העיסוקים

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

מתאריך: שנה 2025 חודש 04 יום 04 עד תאריך: שנה 2025 חודש 08 יום 10

משעה: עד שעה: משעה: עד שעה:

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 10/8/25

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 07:30 עד שעה 16:30

☐ עבודה במשמרות

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

8

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

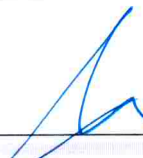
יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) קצרת איכות ארכיטקט

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) הרב חיים שפירא 5 ראשון לציון

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) מינימום 16:30 - 16:30

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 12/8/25 שם פרטי ומשפחה יהונתן ברק חתימה 

C

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

335541

228

פ"קאנד יום

הבירה לא

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של

בִּירוֹר זְכָאוֹתִי

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 מושגי התשלומים.

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

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

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

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, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 12/8/25 חתימת התובע x

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות
ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

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

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

021783162

n u l l

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל		1	
☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה			
מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____			
המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: <u>חייז שפירא 6 האלף 3</u>			
האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____			
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____			
2. שם _____ ת.ז. _____			
תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	
☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____			
☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? <u>7:30</u> איזו משמרת? <u>בוקר</u> הכתובת שבה היה אמור לעבוד? <u>חייז שפירא 6 האלף 3</u>			
☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____			
2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה			
שם המפעל / המעסיק		מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי	
_____		_____	
תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי		היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____	
☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____			
ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא			
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה			
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו
		יומי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח
חודש		☐	סכום
חודש		☐	לתיקופה
חודש		☐	שם התשלום
חודש		☐	
☒ העובד שב לעבודה בתאריך <u>10/8/25</u> ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.			
☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____			
☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____			
שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____			
שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לביורר פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____			
דואר אלקטרוני: _____ @ _____			
חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____			

021783162

n u l l

עמוד 7 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

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)

021783162

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	021783162	שנה חודש יום 25 08 2024
שם משפחה	שם פרטי	
קרס	יהונתן	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 12/8/25 חתימת המבוטח x



ד"ר אדלר כהן חגית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6770666

כתובת: תל חי 33, רמת גן

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ברנס	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 21783162
ת.לידה: 10/05/1983	מין: ז	טלפון: 0523161166	טל.עבודה/נייד: 0523161166
כתובת: הראובני 4/4, רמת גן	מיקוד: 5233131		

תעודה רפואית ראשונה: נפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שאל	שכיר	כ	מאיר חברה לרכב	בקר איכות רכב
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
04/08/2025	07:22	רוכב אופנוע בדרך לעבודה		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	
גפיים, קרסול שמאל				

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

מצב לאחר תאונת אופנוע עם מכות יבשות בכל הגפיים
כאבים בצוואר, גב תחתון וקרסול שמאל, ברכיים

הממצא הקליני:

המטומה בירך שמאל, שפשופים במרפקים, ברכיים.

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

קרסול שמאל- ללא ממצא גרמי חריף

אבחנה:

בתאריך: 04/08/2025

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 4 ימים, היינו מיום: 04/08/2025 עד יום: 07/08/2025 (בכלל)

07/08/2025

ד"ר אדלר כהן חגית
מס' רשיון 120877
מפאת רפואת משפחה
תל חי 33, רמת גן
03-6770666

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב -	תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירותי רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.
--------	---

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור.

שם משפחה: ברנס	שם פרטי: יהונתן	ת"ז: 21783162
גיל: 42	מין: זכר	טלפון נייד: 0523161166
תאריך ביקור : 08:51 04/08/2025	מספר ביקור : 00850104082025	קופת חולים : קופ"ח מכבי
כתובת: הראובני 4 רמת גן 5233131		

אבחנות מסכמות

- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)

בריא בדרך כלל

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) (.) (S/P 05/07/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיבות נוספות: תאונת עבודה

הערות: פנה למיון היה מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע בדרכו לעבודה

החליק על שמן

מתלונן על כאבי גב. כאבים בקרסול רגל שמאל

שפשופים בכל הגוף

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
09:01 04/08/2025	4				
08:56 04/08/2025			83	132	98
08:55 04/08/2025		36.8	92		

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' ברזילי יובל מ.ר. 184879 09:27 04/08/2025

בן 42 בריא בד"כ ללא רגישות ידועה חוסן לטטנוס בהגעתו ביום קבלתו מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע בדרכו לעבודה חבש קסדה ללא חבלת ראש או איבוד הכרה. , כעת כאבים בקרסול שמאל ושפשופים שטחיים בגפיים עליונות ותחתונות בבדיקה: הליכה בתבנית תקינה סימני חבלה ברכיים ובאמות דו"צ תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות. בצילום – ללא ממצא גרמי חריף משוחרר בהמלצות הבאות:

שם מלא: ברנס יהונתן 21783162

המלצות

תאריך ושעה

פרטים

04/08/2025 09:28
*שיכון כאבים לפי מרשם/לפי הצורך
*קירור מקומי של איזור החבלה
*קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
*מנוחה/חופשת מחלה 3 ימים
*פעילות לפי יכולת.
*בהחמרה בכאבים, הופעה של חסרים נוירולוגים, ירידה בתחושה בגפיים, חולשה,
יש לפנות בדחיפות לבדיקת רופא.

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
0.5 cc(ml)	04/08/2025 09:02 אגם ענת מ.ר. 103289	Once	IMOVAX dT 0.5ml inj 0.5 cc(ml)
I.M			

חתימה:

נחתם ע"י: דר' ברזילי יובל מ.ר. 184879

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

**לבירור תשובת תרבות/נירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות**

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il.
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה
משתחררים ממיון? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אולטימטי מהבית