



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ספטמבר 07 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף תביעות עבודה

א.ג.נ שלום רב,

הנפגע: עופר אהרוני, ת.ז. 051204139
תאונה מיום 12/3/2025

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ומסמכים רלוונטיים.
2. כן, מצ"ב טופס יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

עמוד 1 מתוך 8

51200139

נא ציין את מספר תעודת זהות

0 1 0 1										דפים המסמך	סוג מסמך	מס' זהות / דרכון
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)												

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
אהרן	אריה	051200139
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
03-6812551	0504040024	OFER@HONBIT.CO.IL
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. לידעתי, אם לא סימנתי "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	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אבא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

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 בינך 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
Hon Bit	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
יהיתן יגיש	2
כניסה	דירה
יישוב	מיקוד
גליל	
טלפון קווי	טלפון נייד
036812551	0504040024
טלפון פקס	

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 ומדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: שנה _____ חודש _____ יום _____

היום בשבוע: יום _____

שעת הפגיעה: 10:00

שעת הפסקת עבודה: _____

תאריך הפסקת עבודה: _____

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל

☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____

☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____

☐ תאונה בבניין

בתאונת דרך: 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 _____

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

שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☒ אחר _____

שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר _____

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: שנה _____ חודש _____ יום _____

שם מקבל ההודעה תפקיד טלפון _____

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
3/11	חבלות	
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי _____		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת או אני מטופל
ד"ר אישע אורי	כירורגיה אורתופדית	053-3559844
ד"ר יצחק קרן	כירורגיה אורתופדית	03-5284244

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ 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
ח'לף אריאל כר"ל	אזול חלף, רמת גן	03-7412358

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 _____

שם הקבלן המבצע _____ תאונה בבניין שם האתר _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת חזיקין 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 _____

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

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☒ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☒ משעה 08:00 עד שעה 17:00 ☐ עבודה במשמרות

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה X _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
אריאל מלון סלמאני			
שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ת	בנק הדיכ אלמלי	421	597111

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

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☒ עיור/ 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 בידועין 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/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 *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

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

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

עמוד 8 מתוך 8

51204139

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	051204139	15/03/2021 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	חבר בקופת חולים
אהרן	דני	
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

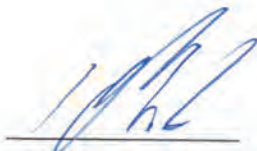
אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי, או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 12/8.21 * חתימת המבוטח

תצהיר

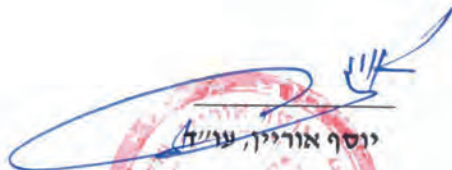
אני הח"מ, יוסף טסלר, נושא ת.ז. מס' 057520322, לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה בכתב כדלקמן:

1. ביום 12.3.25 הייתי ביחד עם מר עופר אהרוני ת.ז. 051204139 בנסיעה בה נהג מר אהרוני ברכבו מסוג מיצובישי מ.ר. 11163103, בתל אביב.
2. במהלך הנסיעה, ביציאה מנתיבי איילון, הרכב שנסע לפנינו נעצר באופן פתאומי; מר אהרוני בלם בלימת חירום ופגע קלות ברכב שעצר לפנינו.
3. כתוצאה מהפגיעה הוטח צווארו של מר אהרוני ונפגע.
4. מאחר ולרכבים לא נגרם נזק משמעותי המשכנו בדרכנו ללא החלפת פרטים.
5. זה שמי זו חתימתי ותוכן תצהירי דלעיל אמת ונכון.


יוסף טסלר

אישור

אני הח"מ, עו"ד יוסף אוריין, מאשר בזה כי ביום 7.7.25 הופיע במשרדי ברחוב העבודה 39 באשקלון, מר יוסף טסלר נושא ת.ז. מס' 057520322 לאחר שהוזהרתי כי עליו לומר את האמת. יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו דלעיל וחתם עליה בפני.


יוסף אוריין, עו"ד





רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשמית
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
11163103		M1 פרטי נוסעים		11/06/2026	
בעלים		מספר זהות		05120413-9	
אהרונ' עופר שלום		תאריך הדפסה		04/06/25	
רבי חנינא 22 תל אביב יפו 68137		תאריך בעלות		12/06/22	
תאריך רישום		מועד עליה לכביש		06/2022	
רישום מקורי		מספר שילדה		MMCXTA03ANH017141	
מקומות ישיבה למעט הנהג		תוצר מנוע		1	
סוג דלק		דגם מנוע		3A92	
בנזין		מספר מנוע		3A92UKT4603	
צנזר קדמי		צבע		שחור	
צנזר אחורי		הנעה		4X2	
משקל כולל		משקל עצמי		1370	
משקל מורשה		וורירה		אין	
דרגת זיהום אוויר-מופחת זיהום		רמת אבזור בטיחותי		0	
בעלים נוספים:		חוק מרנים		0	
		רשיון נהיגה מתאים B			

תוצר		מיצובישי תאילנד		דגם		XTA03		מרכב		הצ'בק	
כינוי מסחרי		SPACE STAR		רמת גימור		INSTYLE		קבוצת רישוי		1	
הספק (כ"ס)		71.00		כריות אוויר		6		חלון בנג		20-1272	
בקרת יציבות		כן		זיהום אוויר		8		קוד		00603-0037	
תנאים והגבלות ומידע נוסף:											

ת.תשלום 04/06/25 סך 1219.00 ש"ח;

רשומון יבוא 199032300

**** סך 1219.00 ש"ח; 04/06/2025

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי. גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



11163103-26-9

בעל הרכב

אהרונ' עופר שלום
רבי חנינא 22
תל אביב - יפו 68137

מספר הרכב
11163103-26-9

**** סך 1219.00 ש"ח; 04/06/2025

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

הודפס ע"י שירות התשלומים 04/06/2025 13:52:39

(א.כ.4)

לכבוד
עופר אהרונ
רבי חנינא 22 (2)
תל אביב - יפו 6813750



א.ג.1

מצורפת בזה תעודת ביטוח החובה לרכבך.
ביטוח החובה תקף רק אם התעודה נושאת חתימה של בנק דואר
המאשרת את התשלום.
אנו מאחלים לך נסיעה בטוחה.

ביטוח ישי service@yashir.co.il		תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב מטעם (נוסח חדש) התשל"ד-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
שם לב- מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.		מחזור 04/24	
עופר אהרונ 051204139 רבי חנינא 22 (2) תל אביב - יפו 6813750		שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה	
תעודה זו מהווה חלק בלתי-נפרד מהפוליסה		מספר הפוליסה 1823940200/3	
מספר תעודת הביטוח - 17/02/2025		מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/01/2026	
שם היצרן והדגם		1200 INSTYLE סטאר	
שנת הייצור		2022	
מספר הרישום של הרכב (או מספר הרישום)		11163103	
פרטי		מספר שלדה (ככל שקיים)	
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)		משקל הרכב	
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו		17/02/25 15:06	
שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		1116	
כיום דמי הביטוח		1116	
ביטוח ישי service@yashir.co.il		תעודת זיכוי תעודת ביטוח מספר לפי פקודת ביטוח רכב מטעם (נוסח חדש) התשל"ד-1970 (להלן - פקודת הביטוח)	
עופר אהרונ 051204139 רבי חנינא 22 (2) תל אביב - יפו 6813750		שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה	
תעודה זו מהווה חלק בלתי-נפרד מהפוליסה		מספר הפוליסה 1823940200/3	
מספר תעודת הביטוח - 17/02/2025		מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/01/2026	
שם היצרן והדגם		1200 INSTYLE סטאר	
שנת הייצור		2022	
מספר הרישום של הרכב (או מספר הרישום)		11163103	
פרטי		מספר שלדה (ככל שקיים)	
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברשיון הרכב או בתעודת הרישום שלו)		משקל הרכב	
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו		17/02/25 15:06	
שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה		1116	
כיום דמי הביטוח		1116	

ביטוח ישי

זכור! ביטוח החובה תקף רק לאחר התחמת סמך הבנק/דואר המאשרת תשלום

ביטוח ישי

03-5555555



טלפון: 03-5284244

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: שד' בן ציון 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם פרטי: עפר שלום		שם משפחה: אהרונ		ת.ז.: 51204139	
ת.לדה: 23/03/1952		מין: ז		טלפון: 0504040024		טל.עבודה/נייד: 0504040024	
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו		מיקוד: 6808647		0051204139			

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

במשך: 60 ימים, היינו מיום: 12/03/2025 עד יום: 10/05/2025 (בכלל)

10/09/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר קורן יצחק
אורתופד מומחה
מ.ר גורם מפנה
2025/09/10

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 16/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



020535

ד"ר קורן יצחק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5284244

כתובת: שד' בן ציון 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אהרונ	שם פרטי: עפר שלום	ת.ז.: 51204139
ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024	טל.עבודה/נייד: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647		

תמצית הביקור מתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39

תאריך הביקור: 16/03/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30 < 10 Units > [35693] TAB. GASTRO 40MG X 30 < 10 Units > [40128]
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: צילום עמוד שדרה צווארי FLEXION AND EXTENSION, עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)		
הפניה	מכון פיזיותרפיה		

תאריך: 20/06/2025

מ.ר גורם מפנה



020535

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 439828411

טלפון: 03-5284244

פקס: 073-2132371

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: עפר שלום	שם משפחה: אהרונ	ת.ז.: 51204139
טלפון: 0504040024	ת.לידה: 23/03/1952	מ.ז:
טל.עבודה/נייד: 0504040024	כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	0051204139
מיקוד: 6808647		

מכון פיזיותרפיה

14/06/2009 - לא ידועה רגישות לתרופות -
21/07/2008 - ארטישוק ירושלמי -
21/07/2008 - חלב -

תרופות קבועות:

- ATOZET 10/40 X 30 1X1X90
- DUPLEX 5/160MGX30 1X1X90
- RECITAL 20MG X 28 1X1X84
- TADAM-MAC 5MG X 28 1X1X28
- NEXIUM 20MG X 28 1X2X30
- CARTIA 100MG X 28 1X1X84

מעשנת; לא

סיבת ההפניה: לטיפולכם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/06/2025 עד תאריך - 17/12/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

20/06/2025

תאריך

חתימה וחותמת

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



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 439827873

טלפון: 03-5284244

פקס: 073-2132371

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: עפר שלום	שם משפחה: אהרונ	ת.ז.: 51204139
טלפון: 0504040024	ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז
טל.עבודה/נייד: 0504040024	כתובת: ציהתל"2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647



התייעצות מומחה

תחום שירות:

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תלונות:

בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38
כאבים בצוואר ובשכמות מזה 4 ימים. במהלך נהיגה רכב נסע לפניו ועצר בפתאומיות. ופגע ברכב עם חזית רכבו. החלו מיד
כאבים ההולכים וגוברים.

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16
כאבים התגברו בצוואר.

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03
כאבים נמשכים בצוואר ואפילו החמרה

ממצאים: בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38
רגישות מקומית ספזם שרירי. הגבלה בתנועות צוואר ללא חסר נוירולוגי נלווה לפגיעה בעמ"ש צווארי

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28
מרגיש יותר טוב

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16
החמרה בכאבים הגבלה נכרת בתנועות בצוואר מתקשה לישון. רגישות ביקוש חוליות

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03
הגבלה בתנועות צוואר בדיקה נוירולוגית תקינה.
עיינתי CT ללא פענוח. אמתין לפענוח. בכל מקרה נראים ממצאים דיסקאליים במספר גבהים הגורמים ללא על השק.

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03

אבחנות:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- ISCH HEART DIS UNDER AGE 55 (M)/65 (F) - FA (01/2018)
- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (05/2024) S/P
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (02/2022)
- FAMILY HISTORY OF PANCREAS NEOPLASM (02/2022)
- HYPERLIPIDEMIA

תאריך: 25/06/2025

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה

דבורה ענבל (יפו)
פיזיותרפיה

מ.ר גורם מפנה



104919

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-7687200

פקס: 073-2284264

כתובת: התקומה 36 יפו (בנין החוויה האולימפית קומה מינוס 2)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אהרוני

שם פרטי: עפר שלום

ת.ז.: 51204139

ת.לידה:

23/03/1952

מין: ז

טלפון: 0504040024

טל.עבודה/נייד: 0504040024

כתובת:

ציהתל"י 2, תל אביב - יפו

מיקוד 6808647



0051204139

תמצית הביקור מתאריך 25/06/2025 בשעה 19:24

תאריך הביקור: 25/06/2025

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
דף מידע	פיזיותרפיה גריאטריה עלון מניעת נפילות		
דף מידע	פיזיותרפיה ארגונומיה תרגילים לעובדים מול מחשב		



020535



קוד הפניה: 439828411

טלפון: 03-5284244

פקס: 073-2132371

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

ד"ר קורן יצחק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הגבדק:	שם משפחה: אהרונים	שם פרטי: עפר שלום	ת.ז.: 51204139
ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024	טל.עבודה/נייד: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 כאבים בצוואר ובשכמות מזה 4 ימים. במהלך נהיגה רכב נסע לפניו ועצר בפתאומיות. ופגע ברכב עם חזית רכבו. החלו מיד כאבים ההולכים וגוברים.

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16
כאבים התגברו בצוואר.בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03
כאבים נמשכים בצוואר ואפילו החמרה

ממצאים: בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 רגישות מקומית ספזם שרירי. הגבלה בתנועות צוואר ללא חסר נוירולוגי נלווה לפגיעה בעמ"ש צווארי

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28
מרגיש יותר טובבביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16
החמרה בכאבים הגבלה נכרת בתנועות בצוואר מתקשה לישון. רגישות בניקוש חוליותבביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03
הגבלה בתנועות צוואר בדיקה נוירולוגית תקינה.
עיינת CT ללא פענוח. אמתין לפענוח. בכל מקרה נראים ממצאים דיסקאליים במספר גבהים הגורמים ללא על השק.

אבחנות:

• WHIPLASH INJURY

- ISCH HEART DIS UNDER AGE 55 (M)/65 (F) - FA (01/2018)
- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (05/2024) S/P
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (02/2022)
- FAMILY HISTORY OF PANCREAS NEOPLASM (02/2022)
- HYPERLIPIDEMIA
- HYPERTENSION ESSENTIAL UNS (08/2021)
- HYPERTENSION (09/2008)
- MITRAL REGURGITATION NON-RHEUMATIC In Investigation Moderate (03/2011)
- CABG (05/2011)
- MITRAL VALVE REPAIR Status Post (05/2011)
- IRRITABLE BOWEL SYND
- CYST PANCREAS (01/2024)
- SPINAL STENOSIS CERVICAL (07/2020)
- TENSION HEADACHE (07/2008)
- GLAUCOMA OPEN ANGLE Bi-Lateral (08/2020)
- APPENDECTOMY (01/2008)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE (09/2007)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (08/2021)

בעיות ידועות:

רגישויות: 14/06/2009 - הרדמה מקומית בעבר תקינה -



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5284244

פקס: 073-2132371

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אהרוני		שם פרטי: עפר שלום		ת.ז.: 51204139	
ת.לידה: 23/03/1952		מין: ז		טלפון: 0504040024		טל.עבודה/נייד: 0504040024	
כתובת: 0051204139		ציהתל"י 2, תל אביב - יפו		מיקוד: 6808647			

תאונת עבודה**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב יעקב	שכיר/עצמאי עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע יועץ השקעות
ת. פגיעה 12/03/2025	שעה 10:00	התעסקות בשעת הפגיעה נסע לפגישת עבודה	נמצא בטיפול מיום	שם הרופא המטפל 14
האיבר שנפגע צוואר	שם הרופא המטפל 14	נמצא בטיפול מיום		

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

בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 כאבים בצוואר ובשכמות מזה 4 ימים. במהלך נהיגה רכב נסע לפניו ועצר בפתאומיות. ופגע ברכב עם חזית רכבו. החלו מיד כאבים ההולכים וגוברים.

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16 כאבים התגברו בצוואר.

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03 כאבים נמשכים בצוואר ואפילו החמרה

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 רגישות מקומית ספזם שרירי. הגבלה בתנועות צוואר ללא חסר ניירולוגי נלווה לפגיעה בעמ"ש צווארי

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28 מרגיש יותר טוב

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16 החמרה בכאבים הגבלה נכרת בתנועות בצוואר מתקשה לישון. רגישות בניקוש חוליות

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03 הגבלה בתנועות צוואר בדיקה ניירולוגית תקינה. עיינתי CT ללא פענוח. אמתיין לפענוח. בכל מקרה נראים ממצאים דיסקאליים במספר גבהים הגורמים ללא על השק.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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



MDC מרכז רפואי

רמת החיל

רח' הברזל 15, תל אביב

דוא"ל eofiram@gmail.com

זימון תורים **053-3559844**

ד"ר אלישע אופירם

מומחה לכירורגיה אורתופדית

ונייתוחי עמוד שדרה

תאריך: 29.06.2025

שם: עופר אהרוני

ת.ז.: 005120413-9

טלפון נייד: 050-4040024

אנמנזה: בן 73, סוכן ביטוח.

במרץ 2025 היה לדבריו מעורב בת"ד. נהג, חגור. פגע ברכב. לא פנה לקבלת עזרה רפואית.

מלין על כאבים בצוואר ללא הקרנה לידיים. טופל בפיזיותרפיה.

ברקע: מעקפים + מסתם ב 2011. נוטל אספרין. יל"ד.

בדיקה: הליכה ויציבה תקינות. הולך על קצות אצבעות ועקבים בחופשיות.

יד ימין דומיננטית. להרמיט ודוידסון שליליים.

הגבלה אנטלגית בחלק מתנועות הצוואר.

כוח גס, תחושה והחזרים שמורים. הופמן שלילי.

דימות: CT צווארי מ 16.06.25 : בלט דיסקלי מרכזי C4-6 (בעיקר בגובה C5-6).

תוכנית: דיקור, שיאצו

נוגדי זלקת ברקסין, ורוקסט פלוס.

ד"ר אלישע אופירם

מ.ר. 28294 מ.ר.מ. 20466

מומחה לכירורגיה אורתופדית ועמוד שדרה

1

מ.ר גורם מפנה



018141

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר ברגר יורם

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5568983

פקס: 1-533-556-8983

כתובת: רח' האשל 9, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אהרונים	שם פרטי: עפר שלום	ת.ז.: 51204139
ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024	טל.עבודה/נייד: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647		

0051204139

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

ביום: 12/03/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 37 ימים, היינו מיום: 05/07/2025

עד יום: 10/08/2025 (בכלל).

הערות ופרטים נוספים: מופנה להערכה נירוכירורגית

11/07/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחוממת הרופא

ד"ר יורם ברגר

דף 2

4/51

ד"ר יורם ברגר
טל. 03-5568983

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

לכבוד:

אהרונ' עפר שלום

ציהתל"י

ת.ז: 51204139

מרפאה: רמת השרון

תל אביב-יפו

תאריך מסמך:

10/07/2025

10:37

קבלה 2101000122905 - מקור

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	ישראכרט	תשלומים(4)	9338	1,423.40
				<u>מחיר כולל:</u> 1,423.40 ₪

מספר שובר: 09-002-001 , עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

פירוט הרכישה

תיאור

יתרת פתיחה: 71.17-₪

20-שיאצו

- * יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- * יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול..
- * מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- * כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית אדי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי בירתת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת). יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- * האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שרותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- * ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

כח מדעי פזית

הערות:

תאריך: 25/04/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר קורן יצחק

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



020535

טלפון: 03-5284244

כתובת: שד' בן ציון 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אהרוני

שם פרטי: עפר שלום

ת.ז.: 51204139



ת.לידה: 23/03/1952

מין: ז

טלפון: 0504040024

טל.עבודה/נייד: 0504040024

כתובת:

צ'התל"י 2, תל אביב - יפו

0051204139

מיקוד 6808647

תמצית הביקור מתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14

25/04/2025

תאריך הביקור:

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30 < 10 Units > [35693] TAB. GASTRO 40MG X 30 < 10 Units > [40128]
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]
EXIPAN 90GR	למריחה 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 10 ימים.	* GEL EXIPAN 90GR < 1 OP > [47661]



קוד הפניה: 442988818

טלפון: 03-5568983

פקס: 1-533-556-8983

כתובת: רח' האשל 9, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אהרונ	שם פרטי: עפר שלום	ת.ז.: 51204139
ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647	טל.עבודה/נייד: 0504040024
0051204139		

התייעצות מומחה

תחום שירות:

נירורכיורגיה

- במכבי

מרפאה:

נירורכיורגיה עש אסותא רמת החייל- דר אשכנזי

תלונות:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

ממצאים: כאבים בצוואר ובשכמות אז וויפלש בדרכו לפגישת עבודה ב-12-3-2025 ימים. במהלך נהיגה רכב נסע לפניו ועצר בפתאומיות. ופגע ברכב עם חזית רכבו. החלו מיד כאבים ההולכים וגוברים.

מאז בפזיטרפיה, טיפולי רפואה משלימה עם החמרה בתלונות והגבלה תפקודית יומיומית במעקב דר קורן, אורטופדיה

הבדיקה בוצעה בתאריך: 16/06/2025

נבדק נכבד,

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/ לרופא

המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.

במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.

אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש הצווארי

הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיליים עם שחזורים מולטיפלגריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

C1-C2 הדנס בעמדה מרכזית. קשתות אחוריות, מסות לטראליות בגדר הנורמה.

- C2-C3 בקע דיסקלי מרכזי גורם ללחץ קל על קדמת השק התקאלי. ללא היצרות התעלה הספינאלית.

- C3-C4 היצרות המרווח הבין חוליית. בקע דיסקלי גורם ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית.

היצרות פורמינלית גרמית משני הצדדים.

- C4-C5 בקע דיסקלי וזיז גרמי גורמים ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית.

היצרות פורמינלית גרמית מצד שמאל.

- C5-C6 בקע דיסקלי גורם ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית.

היצרות פורמינלית גרמית משני הצדדים.

- C6-C7 היצרות פורמינלית גרמית משני הצדדים.

- C7-D1 היצרות המרווח הבין חוליית. לא הודגם בלט דיסק. קוטר התעלה הספינאלית תקין.

קיים יישור לורדוזיס צווארי פיזיולוגי.

גופי החוליות שומרים על גובהם.

לא הודגם ממצא חשוד לשבר.

הרקמות הרכות של הצוואר ללא ממצא פתולוגי גס.

פסגות הריאות ללא ממצא חריג.

אבחנות:

- ELECTRONIC FORMS
- WHIPLASH INJURY



018141

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 442988818

טלפון: 03-5568983

פקס: 1-533-556-8983

כתובת: רח' האשל 9, חולון

פרטי הנבדק:

שם פרטי: עפר שלום	שם משפחה: אהרונ	ת.לדה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024	ת.ז.: 51204139
טל.עבודה/נייד: 0504040024	מיקוד: 6808647	כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	0051204139	

התייעצות מומחה

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- ISCH HEART DIS UNDER AGE 55 (M)/65 (F) - FA (01/2018)
- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (05/2024) S/P
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER (02/2022)
- FAMILY HISTORY OF PANCREAS NEOPLASM (02/2022)
- HYPERLIPIDEMIA
- HYPERTENSION ESSENTIAL UNS (08/2021)
- HYPERTENSION (09/2008)
- MITRAL REGURGITATION NON-RHEUMATIC In Investigation Moderate (03/2011)
- CABG (05/2011)
- MITRAL VALVE REPAIR Status Post (05/2011)
- IRRITABLE BOWEL SYND
- CYST PANCREAS (01/2024)
- SPINAL STENOSIS CERVICAL (07/2020)
- TENSION HEADACHE (07/2008)
- GLAUCOMA OPEN ANGLE Bi-Lateral (08/2020)
- APPENDECTOMY (01/2008)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE (09/2007)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (08/2021)

רגישויות: 14/06/2009 - הרדמה מקומית בעבר תקינה -
 14/06/2009 - לא ידועה רגישות לתרופות -
 21/07/2008 - ארטישוק ירושלמי -
 21/07/2008 - חלב -

תרופות קבועות:

- ATOZET 10/40 X 30 1X1X90
- DUPLEX 5/160MGX30 1X1X90
- RECITAL 20MG X 28 1X1X84
- TADAM-MAC 5MG X 28 1X1X28
- NEXIUM 20MG X 28 1X2X30
- CARTIA 100MG X 28 1X1X84

מטרת ההפניה: לאור העמקת סבלו, אודה לבדיקתך



018141

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 442988818

טלפון: 03-5568983

פקס: 1-533-556-8983

כתובת: רח' האשל 9, חולון

פרטי הנבדק:

שם פרטי: עפר שלום	שם משפחה: אהרונ	ת.ז.: 51204139
טלפון: 0504040024	ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז
טל.עבודה/נייד: 0504040024	כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	ציהתל"י 2, תל אביב - יפו
מיקוד: 6808647	0051204139	

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/07/2025 עד תאריך - 07/01/2026

11/07/2025

תאריך

חתימה וחותמת

תאריך: 11/07/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



018141

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5568983

פקס: 1-533-556-8983

כתובת: רח' האשל 9, חולון

ד"ר ברגר יורם

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 51204139

שם פרטי: עפר שלום

שם משפחה: אהרונ

טל.עבודה/נייד: 0504040024

0504040024

טלפון:

מין: ז

23/03/1952

ת.לידה:



0051204139

מיקוד 6808647

ציהתל"י 2, תל אביב - יפו

כתובת:

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

ביום: 12/03/2025

05/07/2025

37 ימים, היינו מיום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

עד יום: 10/08/2025 (בכלל).

הערות ופרטים נוספים: מופנה להערכה נירוכירורגית

11/07/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחוממת הרופא

דף 2

4/51

ד"ר יורם ברגר
טל. 03-5568983

מכון CT

הנדון: אהרונ, עופר שלום, ת.ז: 051204139 תאריך לידה: 23/03/1952

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 16/06/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש הצוואר
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

C1-C2 - הדנס בעמדה מרכזית. קשתות אחוריות, מסות לטראליות בגדר הנורמה.

C2-C3 - בקע דיסקלי מרכזי גורם ללחץ קל על קדמת השק התקאלי. ללא היצרות התעלה הספינאלית.

C3-C4 - היצרות המרווח הבין חוליית. בקע דיסקלי גורם ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית. היצרות פורמינלית גרמית משני הצדדים.

C4-C5 - בקע דיסקלי וזיז גרמי גורמים ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית. היצרות פורמינלית גרמית מצד שמאל.

C5-C6 - בקע דיסקלי גורם ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות מתונה של התעלה הספינאלית. היצרות פורמינלית גרמית משני הצדדים.

C6-C7 - בקע דיסקלי גורם ללחץ על השק התקאלי ולהיצרות קלה של התעלה הספינאלית. היצרות פורמינלית ניראלית משני הצדדים.

C7-D1 - היצרות המרווח הבין חוליית. לא הודגם בלט דיסק. קוטר התעלה הספינאלית תקין.

קיים יישור לורדוזיס צווארי פיזיולוגי.

גופי החוליות שומרים על גובהם.

לא הודגם ממצא החשוד לשבר.

הרקמות הרכות של הצוואר ללא ממצא פתולוגי גס.

פסגות הריאות ללא ממצא חריג.

בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 116373

הוקלד על ידי: מישל איזיב
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, ביירוים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב **מכבי** צפיה **בצילומי רנטגן** בתפריט העליון



טלפון: 03-5284244

כתובת: שד' בן ציון 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: עפר שלום	שם משפחה: אהרונ	ת.ז.: 51204139
ת.לדה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647	טל.עבודה/נייד: 0504040024

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב יעקב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע יועץ השקעות
ת. פגיעה 12/03/2025	שעה 12:00	התעסקות בשעת הפגיעה נהג ברכב	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום
האיבר שנפגע עמ"ש צווארי				

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

בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 כאבים בצוואר ובשכמות מזה 4 ימים. במהלך נהיגה רכב נסע לפניו ועצר בפתאומיות. ופגע ברכב עם חזית רכבו. החלו מיד כאבים ההולכים וגוברים.

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16 כאבים התגברו בצוואר.

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03 כאבים נמשכים בצוואר ואפילו החמרה

בביקור בתאריך 10/09/2025 בשעה 15:17:10 זקוק לחופש מחלה

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39:38 רגישות מקומית ספזם שרירי. הגבלה בתנועות צוואר ללא חסר ניירולוגי נלווה לפגיעה בעמ"ש צווארי

בביקור בתאריך 18/03/2025 בשעה 08:46:28 מרגיש יותר טוב

בביקור בתאריך 25/04/2025 בשעה 08:14:16 החמרה בכאבים הגבלה נכרת בתנועות צוואר מתקשה לישון. רגישות בניקוש חוליות

בביקור בתאריך 20/06/2025 בשעה 08:36:03 הגבלה בתנועות צוואר בדיקה ניירולוגית תקינה. עיינתי CT ללא פענוח. אמתין לפענוח. בכל מקרה נראים ממצאים דיסקאליים במספר גבהים הגורמים ללא על השק.

בביקור בתאריך 10/09/2025 בשעה 15:17:10

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: כרימ שם פרטי: ארי תעודת זהות: 051204/39 שם האב: יערי
 כרימ ארי: 22 מס': 22 עיר: א.א.כ. מיקוד: 050404022 טלפון: 050404022

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'

שם קופ"ח: מכבי סניף: 10 מס' חבר: 051204/39 שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
 1. דני ילד 2. ארי ילד 3. קורן 4. _____

מס' אישי בצה"ל: 2120422 שם קופ"ח קודמת: א"י

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

תאריך: 3.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

יפוי כח

אני הח"מ, 21/11/2004 כ"ב חשוון תשס"ד
 ת.ד. מס' 504105 מרוזב כ"ב חשוון תשס"ד
 ממנה בזה את עו"ד עמליה ליאור ואו אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של
 בענין תאונת דרכים מיום גד
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי ב
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. 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.
2. 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 ושחורים 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 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 12 לחודש 09 שנה 21

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין