



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר

מבלי לפגוע בזכויות

ספטמבר 11 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,

הנפגעת: לינוי טויל, ת.ז. 308153832

תאונות מיום 15.2.23 ומיום 18.3.24

1. מרשתי הנפגעת שבנדון הייתה מעורבת בשתי תאונות עבודה.
2. מצ"ב טופסי תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף תעודות רפואיות.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימון מרשתי לועדה אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ☞ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ☞ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימון לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ☞ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ☞ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

308153832

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד כביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מספר אישי בצה"ל	מין	עיסוק
דניאל	גולד	308153832		זכר	שכיר
תאריך לידה	מספר ארץ	22081992		נקה	מתנדב
שנה	חודש	יום		עצמאי	
נכות (הרשומה במשרד הפנים)					
מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד	רחוב/תא דואר
0522954139			כפר סבא	70700	70700
טלפון נייד	דואר אלקטרוני				

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

שם פרטי ושם איש קשר	שם משפחה של איש קשר	מס' זהות של איש קשר
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
מס' בית	כניסה	דירה
0522954139		
טלפון נייד	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
23/02/2023	נפילת סולם
שנה	חודש
2023	02
יום	23

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עש כזהונו הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

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 טלפון

רחוב/תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה: סלחית - סאן-סלחית

3א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר והכנסת
☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי
☐ משטרה ☐ אחר

רחוב/תא דואר מס' בית יישוב מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

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

4 פרטי הטיפול הרפואי

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

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכו')?
☐ לא ☒ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

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

אני מבוטח בקופ"ח _____ כר

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
<u>737</u>		

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה חונע גמלה

המסמך או התייעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ונזלת בנזלת וזלז

כאב' האש ממחלות

קט' כחציב יחידות ולכח' שפסות

יחידות חזית וחזית

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שפגעו שצוינו על ידך לעיל?

☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, 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 אם נפנה למעמיקיך ז'טי והצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעמיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. 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

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי 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 מינוע' זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

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

טלפון 03-7412358

שם גרם מסייע

אזמרת מסייע

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק מזכ מס' סניף 861 מספר חשבון 8438318

שם הסניף/תחנות 861

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 מיזפי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזפי הכוח, במהלך ונקופת 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 כדיון, 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 הוא עובד מטעמי 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 היא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 6.25 חתימת מקבל הגמלה * 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 ו/או עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין 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 ההזנקת התשלום עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

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

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעביר את התשלום לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו ג'אט

תאריך 6.25 חתימה ותוקבע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע או ציין את שם הסניף לכן, את שם החותם, כנובותו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם החתום ומספר זהותו.

עמוד 5 מתוך 5

308153832

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
15/02/2023	308153832	11
שנה חודש יום	שם פרטי	שם משפחה
	ארי	רז
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 שנתי לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח *

2.6.23

תאריך

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



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סודאסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

מדינת ישראל
משרד הבריאות

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

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מזלוקה: דר' דרוקר אהוד מ.ר. 92576	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
תאריך לידה: 12/08/1992	גיל: 30	טלפון: 052-2454439
מין: נקבה	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: הרב שפירא 6 באר יעקב 7570047

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 08:18 15/02/2023 מספר מקרה: 12844745

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

בת 30
בריאה, ללא מחלות, ללא תרופות או רגישות
לאחר ת.ד. חבלת ראש ללא אובדן הכרה
ללא בחילות או הקאות
נפחות במצח אזור פרונטלי מימין
צוואר תקין
חזה תקין התפשטות תקינה
ללא סממני חבלה ללא רגישות
ראות כניסת אוויר טובה ונושה
בטן תקינה ללא רגישות
גפיים תקינות
גב ללא הגבלת נתוע ללא רגישות על פני חוליות
נורולוגית תקינה

מחלה נוכחית

לאחר ת.ד. -- סדרך לעבודה
חבלת ראש
נאבי ראש
לא אובדן הכרה
בבדיקה למעט שט"ד במצח ממצא מינימלי ללא ממצא אחר

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED	E819.9			✓			
CONTUSION FACE, SCALP, NECK, EAR, LIP, NOSE	920						

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

שם: לינוי טויל	ת"ז: 308153832	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	-------	----------------------------

7

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
08:27 15/02/2023	36.6	102 / 64	68	4	100

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
08:27 15/02/2023	36.6	102 / 64	68

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב
08:27 15/02/2023	4

סיכום

תאונת דרכים - עבודה

חבלת ראש כאבי ראש

המלצות כלליות

המלצה: המשך טיפול מעקב רופא מטפל
בחילות הקאות, סחרחרות, טישטוש בראיה לפנות לרופא
חופשת מחלה: 3 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הוזר לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
בילקובסקי סבטלנה מ.ר. 160743	אחות משחררת	15/02/2023 09:12

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' לזאוסקאס טוביה מ.ר. 22311	רופאה משחררת	15/02/2023 09:11

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 גלויים

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

שם: לינוי טויל	ת"ז: 308153832	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	--------	----------------------------

רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום : <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>





טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012
Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
62 Halohamim St., Holon, 5822012 | 5822012

מעריך: המחלקה לרפואה דחופה
סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אחיות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
תאריך לידה: 12/08/1992	גיל: 30	טלפון: 052-2454439
מין: נקבה	קופת חולים: מכבי	כתובת: הרב שפירא 6 באר יעקב 5946801 באר יעקב

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 27/02/2023 שעת קבלה: 11:58 מספר ביקור: 11555302

החלטה רפואית: שחרור

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 27/02/2023 שעה: 13:18

אבחנות

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
HEAD INJURY, UNSPECIFIED	959.01			✓			
OTHER MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH MOTOR VEHICLE INJURING DRIVER OF MOTOR	E812.0						

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות רקע
בריא בדרך כלל
סיבת פנייה
סיבה עיקרית: כאבי ראש

אופן הגעת המטופל/ת :
דרך הגעה : עצמוני

שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז: 308153832
תאריך לידה: 12/08/1992	גיל: 30	טלפון: 052-2454439
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: הרב שפירא 6 באר יעקב 5946801

תדירות הופעת הכאב	כרוני
כמה זמן נמשך הכאב	אחר
משך אחר	כשבוע
התערבות	המטופל/ת אינו מעוניין/ת בטיפול תרופתי
פירוט	נטלה אופטלגין בשעה 08:00

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה
חופשת מחלה: 5 ימים.

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי

חתימת רופא/ה משתרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' קמר משה מ.ר. 31179	רופא/ה בכיר	27/02/2023 13:19

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.



0039172564



131526



קוד הפניה: 313744005

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
ת.לידה: 12/08/1992		מין: נ		טלפון: 0522454439		טל.עבודה/נייד: 0522454439	
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב		מיקוד: 7031755		0308153832			

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 27/02/2023 בשעה: 09:39 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

בריאה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע
 תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה בראש
 מלוח המחזונים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם.
 נבדקה במל"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT.
 לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

ת.ד. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע מימין ללא שיפור. ירידה
 בתחושה בזרוע.

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים קרניאלים
 תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור
 תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסטגמוס. ללא דיסטוריה
 ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושות או מוטורי C5-T1
 ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

המטומה פרונטלית נפשגה ללא סיני שבר בסיס גולגולת ללא המוטימפנום
 עצבים קרניאלים תקינים
 ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מניגיאליים
 ACJ יש רגישות המורס מימין תחושה שמורה C5-T1, NEER שלילי EMPTY CAN שלילי
 ACJ יש רגישות המורס מימין תחושה שמורה C5-T1, NEER שלילי EMPTY CAN שלילי

דיון ואבחנה מבדלת: תאונת דרכים לפני כשבועיים עם חבלה בראש, כאבי ראש ללא שיפור, כאב בזרוע מופנית למלרד לצורך CT
 ראש בשאלה של דימום סב דורלי / אחר.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
MELIANE 21TAB X 3 1X1X63

תרופות קבועות:

מעשנות: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

לעיל

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
 תוקף הפניה זו לתאריך 28/02/2023 בשעה 09:39:03

תאריך: 27/02/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר רוזנבלום עומר
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



0039172564



131526

קוד הפניה: 313744005



טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ל.י.ד.: 308153832	ת.ז.: 308153832
ת.ל.י.ד.: 0522454439	טלפון: 0522454439
ת.ל.י.ד.: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
ת.ל.י.ד.: 0522454439	מיקוד: 7031755
ת.ל.י.ד.: 0522454439	מין: נ
ת.ל.י.ד.: 0522454439	ת.ל.י.ד.: 12/08/1992
ת.ל.י.ד.: 0522454439	ת.ל.י.ד.: הרב שפירא 6/81, באר יעקב
ת.ל.י.ד.: 0522454439	כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב

חדר מיון

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

27/02/2023

תאריך	נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש	חתימה וחותמת
חבר מכבי	יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות	

טופס זה אינו חתום על ידי המטופל

תאריך: 27/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0039172564



131526



קוד הפניה: 313743850

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755		

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

קוד	הבדיקה הדרושה
3060	זרוע ימין 2 צילומים AP+ALT

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

בריאה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע
תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה
בראש מלוח המחוונים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם.
נבדקה במלר"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT.
לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

ת.ז. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע ימין ללא שיפור.
ירידה בתחושה בזרוע.

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

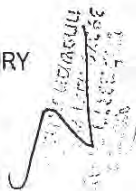
המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים
קרניאלים תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור
תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסטגמוס. ללא דיסמטריה
ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושת או מוטורי C5-T1
ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

המטומה פרונטלית נספשה ללא סיני שבר בסיס גולגולת ללא המוטימפנום
עצבים קרניאלים תקינים
ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מנינגיאליים
אצבע אף תקין ללא PRONATION DRIFT
ללא רגישות ACJ, יש רגישות המורוס ימין תחושה שמורה NEER, C5-T1 שלילי EMPTY CAN שלילי

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY



מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/02/2023 עד תאריך - 26/08/2023

27/02/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 27/02/2023

מ.ר גורם מפנה



0039172564



131526

קוד הפניה: 313743850

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

06/03/2023

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832
ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832
ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832	ת.ל.י.ד.: 0308153832

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

קוד	הבדיקה הדרושה
3060	דרוע ימין 2 צילומים AP+ALT

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

בריאה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע
תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה
בראש מלוח המחוונים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם.
נבדקה במל"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT.
לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

ת.ז. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע ימין ללא שיפור.
ירידה בתחושה בזרוע.

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים
קרניאלים תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור
תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסגמוס. ללא דיסמטריה
ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושתיות או מוטורי C5-T1
ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

המטומה פרונטלית נספגה ללא סיני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום
עצבים קרניאלים תקינים

ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מנינגיאליים

אצבע אף תקין ללא PRONATION DRIFT

ללא רגישות ACJ, יש רגישות המורוס ימין תחושה שמורה C5-T1, NEER שלילי EMPTY CAN שלילי

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/02/2023 עד תאריך - 26/08/2023

27/02/2023

חתימה וחומת הרופא

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 06/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה



131526

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 314841528

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
ת.לידה: 12/08/1992		מין: נ		טלפון: 0522454439		טל.עבודה/נייד: 0522454439	
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב		מיקוד: 7031755					

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Creatinine (B) - 02565
LDL Cholesterol - 03719
TRIGLYCERIDES - 04478
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075

GLUCOSE (B) - 02947
HDL CHOLESTEROL - 03718
CHOLESTEROL - 02465
ALT (SGPT) - 04460
Urea (B) - 04520

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 12 שעות, מותר לשתיית מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

הנחיות נוספות: לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 06/03/2023 עד תאריך 04/06/2023. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.



0039172564



131526



קוד הפניה: 314841285

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755		

הפניה למכון דימות - C.T**שם המכון:**

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31 בריאה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה בראש מלוח המחוונים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם. נבדקה במלר"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT. לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11 ת.ד. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע ימין ללא שיפור. ירידה בתחושה בזרוע.

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10 בל 250

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24 כאבי ראש סחרחורות. ללא טשטוש ראיה ללא בחילות או הקאות כאב סביב העין ללא טשטוש ראיה ללא כאב בהנעת גלגלי העיניים ללא פוטופוביה כאב בזרוע טרם השלימה צילום

ממצאים:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31 המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים קרניאלים תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסגמוס. ללא דיסמטריה ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושת או מוטורי C5-T1 ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11 המטומה פרונטלית נספשה ללא סיני שבר בסיס גולגולת ללא המוטימפנום עצבים קרניאלים תקינים ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מניגיאליים אצבע אף תקין ללא PRONATION DRIFT ללא רגישות ACJ, יש רגישות המורוס ימין תחושה שמורה C5-T1, NEER שלילי EMPTY CAN שלילי

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10 נבדקה במלרד וולפסון כתבו שאין צורך ב CT ראש.

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY



0039172564



131526



קוד הפניה: 314841285

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755	0308153832	

הפניה למכון דימות - C.T

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
MELIANE 21TAB X 3 1X1X63

מעשנות : לא

בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
CT מוח	לפני ולאחר הזרקת חומר ניגודי	L1039

שאלה לרדיולוג:

בירור כאבי ראש

מידע נוסף	פירוט
הריון	לא / לא ידוע
רגישות לiod?	לא / לא ידוע
האם ידוע על אסתמה?	לא
מטופל בתרופה המכילה את המרכיב מטפורמין	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
		אין מידע	Creatinine (B)
		אין מידע	eGFR

שם הרופא: ד"ר רוזנבלום עומר

תאריך: 06/03/2023

על הנבדק/ת להגיע לבדיקה עם תפקודי כליה עדכניים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/03/2023 עד תאריך - 02/09/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 6/03/2023
שעה: 9:25:38



אסותא-שלוחת ראשון לציון (1721)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

13
75653

לכבוד
בית חולים
מכון
מזל אליעזר

טלפון: 03-7644444

התחייבות מספר: 230330232

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי טויל לינוי ת.ז. 308153832
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 30

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
308153832	230330232	06032023

קוד מס	קוד CPT	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך כניסה/טיפול	תאריך יציאה	כמות טפולים
1	70470	CT 01 מוח +הזרקת חומר ניגוד	50551	6/03/2023		1

מוח- לפני ולאחר הזרקת חומר ניגודי CT

ישוב: באר יעקב מרכז רפואי: באר יעקב שא נס 17
מתאם שרות: טל: 08-6325158

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/09/2023

נספח להתחייבות מספר 230330232:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

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

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

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

תאריך: 06/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



131526

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 314841388

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:			
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832	
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד 7031755		

התייעצות מומחה

מטרת ההפניה: הערכה

06/03/2023

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/03/2023 עד תאריך - 02/09/2023

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 314841388

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
ת.לידה: 12/08/1992		מין: נ		טלפון: 0522454439		טל.עבודה/נייד: 0522454439	
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב		מיקוד: 7031755		0308153832			

התייעצות מומחה

- במכבי

נירולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

בריאה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע
תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה
בראש מלוח המחוונים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם.
נבדקה במלר"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT.
לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11
ת.ד. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע ימין ללא שיפור.
ירידה בתחושה בזרוע.

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10
בל 250

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24
כאבי ראש סחרחורות. ללא טשטוש ראיה ללא בחילות או הקאות כאב סביב העין
ללא טשטוש ראיה ללא כאב בהנעת גלגלי העיניים ללא פוטופוביה
כאב בזרוע טרם השלימה צילום

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים
קרניאלים תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור
תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסטגמוס. ללא דיסמטריה
ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושת או מוטורי C5-T1
ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11
המטומה פרונטלית נספשה ללא סיני שבר בסיס גולגולת ללא המוטימפנום
עצבים קרניאלים תקינים

ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מנינגיאליים
PRONATION DRIFT
ללא רגישות ACJ, יש רגישות המורוס ימין תחושה שמורה NEER, C5-T1 שלילי EMPTY CAN שלילי

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10
נבדקה במלרד וולפסון כתבו שאין צורך ב CT ראש.

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
MELIANE 21TAB X 3 1X1X63

תאריך: 06/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 314841873

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.לידה: 12/08/1992	מיון: נ
תל.עבודה/נייד: 0522454439	טלפון: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד 7031755
0308153832	

התייעצות מומחה

מטרת ההפניה: פונדוס

06/03/2023

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/03/2023 עד תאריך - 02/09/2023

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 314841873

טלפון: 08-6325158

מומחה ברפואת המשפחה

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
ת.לידה: 12/08/1992		מיון: נ		טלפון: 0522454439		טל.עבודה/נייד: 0522454439	
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב		מיקוד: 7031755		0308153832			

התייעצות מומחה

- במכבי

עיניים

תחום שירות:**סוג הייעוץ: רגיל**

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

בריאיה בדכ ללא רגישות ידועה לתרופות ללא טיפול תרופתי קבוע
תאונת דרכים לפני כשבוע נכנסה ברכב מאחרו בפקק היתה חגורה ללא פתיחת כריות אויר יצאה מהרכב לבד קיבלה מכה
בראש מלוח המחוננים נבדקה עי פראמדיק שעבר באיזור כאב צווארי זרוע ללא נימול או זרם.
נבדקה במלר"ד איכילוב 15.02. המטומה פרונטלית מימין, שוחררה ללא CT.
לאחר מכן הקאות ליממה, כאבי ראש שחלפו ללא טשטוש ראיה.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

ת.ד. 15.02

כאב ראש ללא שיפור ללא החמרה, 6/10 סחרחורות, היו הקאות שחלפו, ללא טשטוש ראיה. כאב בכף זרוע ימין ללא שיפור.
ידידה בתחושה בזרוע.

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10

בל 250

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24

כאבי ראש סחרחורות. ללא טשטוש ראיה ללא בחילות או הקאות כאב סביב העין
ללא טשטוש ראיה ללא כאב בהנעת גלגלי העיניים ללא פוטופוביה
כאב בזרוע טרם השלימה צילום

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 08:30:31

המטומה קטנה פרונטלית מימין בשלבי ספיגה ללא סימן מדרגה ללא סימני שבר בסיס גולגולות ללא המוטימפנום עצבים
קרניאלים תקינים אישונים עגולים שווים ומגיבים לאור
תנועות גלגלי העיניים תקינות, ללא ניסטגמוס. ללא דיסמטריה
ללא רגישות חוליות ע.ש צווארי וגבי, ללא חסר תחושת או מוטורי C5-T1
ללא רגישות או נפיחות בכפות ידיים

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 09:30:11

המטומה פרונטלית נספגה ללא סיני שבר בסיס גולגולת ללא המוטימפנום
עצבים קרניאלים תקינים

ללא קישיון עורף, ללא סימני גירוי מנינגיאליים

אצבע אף תקין ללא PRONATION DRIFT

ללא רגישות ACJ, יש רגישות המורוס ימין תחושה שמורה NEER, C5-T1 שלילי EMPTY CAN שלילי

בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:00:10

נבדקה במלרד וולפסון כתבו שאין צורך ב CT ראש.

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 09:22:24

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
MELIANE 21TAB X 3 1X1X83



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ☞ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ☞ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ☞ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ☞ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

בא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

סוג

המסמך

דפים

סוג

המסמך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי התובע

1

שם משפחה: **של** שם פרטי: **עמרי** מספר זהות: **308153832** ס"ב

טלפון קווי: **0522454439** טלפון נייד: **0522454439**

תאריך לידה: **12081992** מספר אישי בצה"ל: **12081992**

נכון (הרשומה במשרד הפנים): **נכון** עיסוק: **שכיר** מיין: **זכר**

נזכר: **נזכר** נקבה: **נזכר** מתנדב: **נזכר** עצמאי: **נזכר**

רחוב/תא דואר: **12081992** כינסה: **12081992** דירה: **12081992** יישוב: **12081992** מיקוד: **12081992**

דואר אלקטרוני: **12081992** דואר אלקטרוני: **12081992** דואר אלקטרוני: **12081992** דואר אלקטרוני: **12081992** דואר אלקטרוני: **12081992**

שם משפחה של איש קשר: **של** שם פרטי של איש קשר: **עמרי** מס' זהות של איש קשר: **308153832** ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

סמל התאחדות זה שונה למעלה				
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה: 18.03.2024 שנה חודש יום
פרטים על הפגיעה: תלנת דפ' פ

3

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות: **טלפון:**

ד'תק"ע

דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

מחנה אהבה פסח' 77

κ3

טלפון קווי

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משמר אזורי

☐ משטרה ☐ אחר

079

מיקוד

ישוב

ס' בית

דואר

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

אף ☐ כן ☐

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

4

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

תקופת אשפוז

שם בית החולים

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

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

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

אני מבוטח בקופ"ח

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

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

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

שם גורם מסייע _____ סוכנות _____

חומר זה מיועד לשימוש בלבד _____

03-7412357 טלפון

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

16/1

מספר חשבון

8438318

מס' סניף

861

שם הסניף/כתובת

שם הבנק

אז"כ

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 מחושבת, 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 להציגם לפי דרישה.

תאריך 1.8.21 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

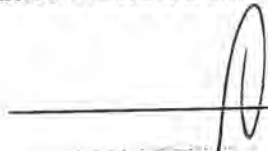
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו 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 אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט



חתימת התובע x

1.1.25

תאריך

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		
קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 308153832	תאריך הפגיעה 18/03/2021
שם משפחה פל	שם פרטי דניאל	שנה חודש יום 2021 03 18
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה
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.
תאריך 1.9.25 חתימת המבוטח x



175691



קוד הפניה: 380107841

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	טל.עבודה/נייד: 0522454439
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

רקע רפואי: בת 31, נ+2, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. ללא רגישות לתרופות או מזון ללא ניתוחים בעבר. ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול. לא מבצעת פעילות גופנית תזונה מגוונת הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות: בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30

לפני שבוע וחצי תאונת דרכים כנהגת, נכנסו בה מאחורה. לא נפתחו כריות אויר. חבלה בגב ובעורף במנגנון צליפת שוט. היתה חגורה. \ פינתה את עצמה באמצעות מונית לבי"ח וולפסון. בבדיקה גופנית - רגישות עמש מתני, SLR שלילי. תחושה שמורה. נבדקה עי רופא נשים - עובר עם דופק תקין. לא בוצע צילום לאור ההריון. מאז כבר שבוע וחצי של כאבי גב תחתון בהחמרה. ללא נימלול, ללא פגיעה בסוגרים. בנוסף דימומים וגינלים שבוע שעבר במשך כ 3 ימים- דימום מועט, יותר הכתמות, התכווצויות רחם לסרוגין. לא ראתה רופא נשים. עוצמת הכאב 8, נוטלת אדוויל עם הטבה מועטה. ללא הקרנה.

לא נוטלת פרה-נטל, וחומצה פולית

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02

הריון שבוע 14, כאבי גב ללא שיפור, עצמה 8, שיפור תחת אנגטיקה (אנגטיקה: לוקחת 3*2 ביום - 3 גרם ליום. אופטלגין - 25 טיפות 2* ביום, בהפרש של 6 שעות). ללא פגיעה בתחושה, ללא נימול, ללא פגיעה בסוגרים. קושי בשינה, לא אוכלת ושותה מסודר. לפני שבוע היתה בביקור אורתופד: המלצות-אנלגטיקה. חימום מקומי. מנוחה. פיזיותרפיה ואלטרנטיבי.

לפני 3 ימים היתה אצל רופאת נשים לאור הכתמות דמיות מאז התאונה - בדיקה תקינה, עובר חיוני. חשה בטוב מבחינת ההריון

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45

ממשיכים הכאבי גב תחתון אקמול נוטלת 2-3 פעמים ביום, משחת ווטרן (מותר בהריון) עם הקלה חלקית. ללא פגיעה בסוגרים, ללא פגיעה בתחושה ללא נמלול. כעת בשבוע 17, במעקב הריון עד כה כל הבדיקות תקינות. יש תור לפיזיו לעוד שבועיים. ממשיכה עיסויים שמסייעים לה (בפרטי)

במהלך הביקור בעודה עומדת - פרה סינקופה, ראתה מסך שחור וחשה סחרחורת. מספרת שמהבוקר (קמה לפני 3 שעות) שתתה רק כוס נס קפה. בלי מים או אוכל. ללא סיפור של חבלה, היתה סנקופה רק לפני מספר שנים לאחר שהייה בשמש זמן רב.

השכבתי אותה על המיטה, נתתי כוס מים ותחושתה השתפרה. לא היה איבוד הכרה או נפילה. לאחר כמספר דקות, נעמדה ושוב החלה להסתחרר.

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53

הריון שבוע 21, מהלך תקין, סקירות תקינות. כאבי גב ללא שינוי. עיסויים מקלים. מעט יותר ישנה. נוטלת אקמול ספק עם הטבה, כ 2 כדורים ביום.



175691



קוד הפניה: 380107841

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
ת.לדה: 12/08/1992		מ.י.נ: נ		טלפון: 0522454439		טל.עבודה/נייד: 0522454439	
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב		מיקוד: 7031755		0308153832			

התייעצות מומחה

ממצאים: בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30

מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה לב - קולות לב סדירים, ללא אוזניות או קולות נוספים ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים. רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות. הגבלה משמעותית בתנועות בצוואר וכיפוף גב SLR שלילי. ללא פגיעה בתחושה. כוח גס שמור

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02

מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה רגישות עדיין בעמש לומברי וצווארי. ללא החמרה מבדיקה קודמת הגבלה משמעותית בתנועות בצוואר (יותר קושי להפנית ראש לימין) וכיפוף גב, ללא החמרה מבדיקה קודמת אבל ללא שיפור. כוח גס שמור, ללא פגיעה בתחושה.

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45

עדיין כאובה בתנועה, מעדיפה לעמוד בביקור, ללא צליעה טווח תנועה בצוואר ללא שיפור, עדיין מוגבל לימין. תחושה וכוח גס שמורים. עמוד שדרה מתני - טווח תנועה מוגבל ללא יכולת כיפוף לדבריה. כאב במישוש ע"ג חוליות לומבריות ולצידיהן. ללא סימני חבלה אודם או נפוחות. לד אורטוסטטי תקין אך גבולי: בשכיבה 108/60, בישיבה 90/60

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53

כאב במישוש עד חוליות לומבריות ומימין להן בשרירים הזוקפים. טווח תנועה מוגבל מאוד.

דין ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45

פרה סנקופה ללא פעילות גופנית, ללא פלפיטציות או כאבים בחזה - ככל הנראה על רקע נפילת לחץ דם, חוסר שתיה ואכילה נאותה בעת הריון. נטיה ללחצי דם נמוכים. במהלך הביקור לאחר שתיה ושכיבה חשה טוב יותר אך לאחר מכן שוב חולשה ומעט סחרור, הפנתי אותה לאחות למדידת סוכר, למנוחה שתיה, ובמידת הצורך נוזלים. אצל האחיות: לד 90/60, סוכר 76. התאוששה עם שתיית מים ואכילת דבר מה מתוק. השתחררה בליווי בעלה.

בנוגע לכאבי הגב -

התייעצתי במהלך הביקור עם האורתופד המטפל דר שי ברנס האם יש לבצע בירור נוסף לכאבי הגב, בהמלצתו לאור חוסר חשד לקאודה אקווינה אין כל תועלת בביצוע הדמיה או בירור נוסף. תמשיך לטיפול המשורי.

#להמשיך עם אקמול ומריחת וולטרן לפי הצורך

#פיזיותרפיה, תנועות כמה שניתן

#המשך ימי מחלה תחת תאונת עבודה - העבודה שלה בישיבה, (בתל אביב) - לא מסוגלת לנהוג ולא יכולה לשבת ממושכות

#המשך מעקב רופאת נשים

#הקפדה על שתיית מים נאות הותזנה מסודרת לפחות 3 ארוחות בהיום

#הפניה למוקד נשים אם תחזור הפרה-סנקופה

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53

תאריך: 28/05/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר יעקבי חמוטל

משפחה, פנימית וכללית



175691



קוד הפניה: 380107841

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	טלפון: 0522454439
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755
0308153832	

התייעצות מומחה

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - SECOND TRIMESTER
- PRESYNCOPE

מעשנת: לא

- CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
- MELIANE 21TAB 1X1X63

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: מאז מרץ 2024 כאבי גב מאז ת"ד (תאונת עבודה) בנוסף בהריון. בינתיים לא יכולה לשוב לעבודה זקוקה לאישור רופא תעסוקתי

** 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 - 28/05/2024 עד תאריך - 24/11/2024

28/05/2024

חתימה וחותמת

תאריך



175691



קוד הפניה: 380111063

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	טל.עבודה/נייד: 0522454439
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755
0308153832	

התייעצות מומחה

- במכבי

קרדיולוגיה

תחום שירות:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

רקע רפואי: בת 31, נ+2, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. ללא רגישות לתרופות או מזון ללא ניתוחים בעבר. ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול. לא מבצעת פעילות גופנית תזונה מגוונת הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות:

בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30 לפני שבוע וחצי תאונת דרכים כנהגת, נכנסו בה מאחורה. לא נפתחו כריות אויר. חבלה בגב ובעורף במנגנון צליפת שוט. היתה חגורה. \ פינתה את עצמה באמצעות מונית לבי"ח וולפסון. בבדיקה גופנית - רגישות עמש מתני, SLR שלילי. תחושה שמורה. נבדקה עי רופא נשים - עובר עם דופק תקין. לא בוצע צילום לאור ההריון. מאז כבר שבוע וחצי של כאבי גב תחתון בהחמרה. ללא נימלול, ללא פגיעה בסוגרים. בנוסף דימומים וגילגולים שבוע שעבר במשך כ 3 ימים- דימום מועט, יותר הכתמות, התכווצויות רחם לסרוגין. לא ראתה רופא נשים. עוצמת הכאב 8, נוטלת אדוויל עם הטבה מועטה. ללא הקרנה.

לא נוטלת פרה-נטל, וחומצה פולית

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02 הריון שבוע 14, כאבי גב ללא שיפור, עצמה 8, שיפור תחת אנגטיקה (אנגטיקה: לוקחת 3*2 ביום - 3 גרם ליום. אופטלין - 25 טיפות 2* 2 ביום, בהפרש של 6 שעות). ללא פגיעה בתחושה, ללא נימול, ללא פגיעה בסוגרים. קושי בשינה, לא אוכלת ושותה מסודר. לפני שבוע היתה בביקור אורתופד: המלצות - אנלגטיקה. חימום מקומי. מנוחה. פיזיותרפיה ואלטרנטיבי.

לפני 3 ימים היתה אצל רופאת נשים לאור הכתמות דמיות מאז התאונה - בדיקה תקינה, עובר חיוני. חשה בטוב מבחינת ההריון

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45 ממשיכים הכאבי גב תחתון אקמול נוטלת 2-3 פעמים ביום, משחת ווטרן (מותר בהריון) עם הקלה חלקית. ללא פגיעה בסוגרים, ללא פגיעה בתחושה ללא נמלול. כעת בשבוע 17, במעקב הריון עד כה כל הבדיקות תקינות. יש תור לפיזיו לעוד שבועיים. ממשיכה עיסויים שמסייעים לה (בפרטי)

במהלך הביקור בעודה עומדת - פרה סינקופה, ראתה מסך שחור וחשה סחרחורת. מספרת שמהבוקר (קמה לפני 3 שעות) שתתה רק כוס נס קפה. בלי מים או אוכל. ללא סיפור של חבלה, היתה סנקופה רק לפני מספר שנים לאחר שהייה בשמש זמן רב. השכבתי אותה על המיטה, נתתי כוס מים ותחושתה השתפרה. לא היה איבוד הכרה או נפילה. לאחר כמספר דקות, נעמדה ושוב החלה להסתחרר.

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53 הריון שבוע 21, מהלך תקין, סקירות תקינות. כאבי גב ללא שינוי. עיסויים מקלים. מעט יותר ישנה. נוטלת אקמול ספק עם הטבה, כ 2 כדורים ביום.



קוד הפניה: 380111063

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	טלפון: 0522454439
ת.ל.עבודה/נייד: 0522454439	מיקוד: 7031755
ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	0308153832

התייעצות מומחה

שוב במרפאה ארוע של פרה סנקופה - חולשה, גל חום, ללא מסך שחור. התאוששה רק לאחר שכיבה, שתיית מים ומנוחה.

לחץ דם: 80 / 96

ממצאים: בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30

מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים. ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים. רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות. הגבלה משמעותית בתנועותיו בצוואר וכיפוף גב SLR שלילי. ללא פגיעה בתחושה. כוח גס שמור

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02

מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה רגישות עדיין בעמש לומברי וצווארי. ללא החמרה מבדיקה קודמת. הגבלה משמעותית בתנועותיו בצוואר (יותר קושי להפנית ראש לימין) וכיפוף גב, ללא החמרה מבדיקה קודמת אבל ללא שיפור. כוח גס שמור, ללא פגיעה בתחושה.

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45

עדיין כאובה בתנועה, מעדיפה לעמוד בביקור, ללא צליעה. טווח תנועה בצוואר ללא שיפור, עדיין מוגבל לימין. תחושה וכוח גס שמורים. עמוד שדרה מתני - טווח תנועה מוגבל ללא יכולת כיפוף לדבריה. כאב במישוש ע"ג חוליות לומבריות ולצידיהן. ללא סימני חבלה אודם או נפחות. לד אורתוסטטי תקין אך גבולי: בשכיבה 108/60, בישיבה 90/60

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53

כאב במישוש עד חוליות לומבריות ומימין להן. בשרירים הזקפים. טווח תנועה מוגבל מאוד. לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים. ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים. לד אורתוסטטי -

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45

פרה סנקופה ללא פעילות גופנית, ללא פלפיטציות או כאבים בחזה - ככל הנראה על רקע נפילת לחץ דם, חוסר שתיה ואכילה נאותה בעת הריון. נטיה ללחצי דם נמוכים. במהלך הביקור לאחר שתיה ושכיבה חשה טוב יותר אך לאחר מכן שוב חולשה ומעט סחרור, הפנתי אותה לאחות למדידת סוכר, למנוחה שתיה, ובמידת הצורך נוזלים. אצל האחות: לד 90/60, סוכר 76. התאוששה עם שתיית מים ואכילת דבר מה מתוק. השתחררה בליווי בעלה.

בנוגע לכאבי הגב -

התייעצתי במהלך הביקור עם האורתופד המטפל דר שי ברנס האם יש לבצע בירור נוסף לכאבי הגב, בהמלצתו לאור חוסר חשד לקאודה אקווינה אין כל תועלת בביצוע הדמיה או בירור נוסף. תמשיך לטיפול המשרני.

#להמשיך עם אקמול ומריחת וולטרן לפי הצורך

#פיזיותרפיה, תנועות כמה שניתן

#המשך ימי מחלה תחת תאונת עבודה - העבודה שלה בישיבה, (בתל אביב) - לא מסוגלת לנהוג ולא יכולה לשבת ממושכות

תאריך: 28/05/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר יעקבי חמוטל

משפחה, פנימית וכללית



175691



קוד הפניה: 380111063

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
	ת.לידה: 12/08/1992	מין: נ	טלפון: 0522454439
	כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755	טל.עבודה/נייד: 0522454439
	0308153832		

התייעצות מומחה

#המשך מעקב רופאת נשים
#הקפדה על שתיית מים נאות הותזונה מסודרת לפחות 3 ארוחות בהיום
#הפניה למוקד נשים אם תחזור הפרה-סנקופה

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - SECOND TRIMESTER
- PRESYNCOPE

מעשנת: לא

תרופות קבועות:

- CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
- MELIANE 21TAB 1X1X63

מטרת ההפניה: מספר ארועי פרה סינקופה להערכתך אודה

**** 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 - 28/05/2024 עד תאריך - 24/11/2024

28/05/2024

חתימה וחותמת

תאריך



קוד הפניה: 380111370

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	ת.ז.: 0522454439
ת.ל.עבודה/נייד: 0522454439	טלפון: 0522454439
ת.ל.עבודה/נייד: 7031755	מיקוד: 7031755
ת.ל.עבודה/נייד: 0308153832	מיקוד: 7031755
ת.ל.עבודה/נייד: 0308153832	מיקוד: 7031755

בדיקת אק"ג אלקטיבי

נועד למצב בו אין חשד לאירוע לבבי חד; אין חשד להפרעת קצב מסכנת חיים.

רקע רפואי: בת 31, נ-2, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. ללא רגישות לתרופות או מזון. ללא ניתוחים בעבר. ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול. לא מבצעת פעילות גופנית תזונה מגוונת. הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות:

בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30 לפני שבוע וחצי תאונת דרכים כנהגת, נכנסו בה מאחורה. לא נפתחו כריות אוויר. חבלה בגב ובעורף במנגנון צליפת שוט. היתה חגורה. \ פינתה את עצמה באמצעות מונית לבי"ח וולפסון. בבדיקה גופנית - רגישות עמש מתני, SLR שלילי. תחושה שמורה. נבדקה עי רופא נשים - עובר עם דופק תקין. לא בוצע צילום לאור ההריון. מאז כבר שבוע וחצי של כאבי גב תחתון בהחמרה. ללא נימול, ללא פגיעה בסוגרים. בנוסף דימומים וגינלים שבוע שעבר במשך כ 3 ימים- דימום מועט, יותר הכתמות, התכווצויות רחם לסרוגין. לא ראתה רופא נשים. עוצמת הכאב 8, נוטלת אדוויל עם הטבה מועטה. ללא הקרנה.

לא נוטלת פרה-נטל, וחומצה פולית

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02 הריון שבוע 14, כאבי גב ללא שיפור, עצמה 8, שיפור תחת אנגטיקה (אנגטיקה: לוקחת 2*3 ביום - 3 גרם ליום. אופטלגין - 25 טיפות *2 ביום, בהפרש של 6 שעות). ללא פגיעה בתחושה, ללא נימול, ללא פגיעה בסוגרים. קושי בשינה, לא אוכלת ושותה מסודר. לפני שבוע היתה בביקור אורתופד: המלצות-אנלגטיקה. חימום מקומי. מנוחה. פיזיותרפיה ואלטרנטיבי.

לפני 3 ימים היתה אצל רופאת נשים לאור הכתמות דמיות מאז התאונה - בדיקה תקינה, עובר חיוני. חשה בטוב מבחינת ההריון

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45 ממשיכים הכאבי גב תחתון אקמול נוטלת 2-3 פעמים ביום, משחת וטרן (מותר בהריון) עם הקלה חלקית. ללא פגיעה בסוגרים, ללא פגיעה בתחושה ללא נימול. כעת בשבוע 17, במעקב הריון עד כה כל הבדיקות תקינות. יש תור לפיזיו לעוד שבועיים. ממשיכה עיסויים שמסייעים לה (בפרטי)

במהלך הביקור בעודה עומדת - פרה סינקופה, ראתה מסך שחור וחשה סחרחורת. מספרת שמהבוקר (קמה לפני 3 שעות) שתתה רק כוס נס קפה. בלי מים או אוכל. ללא סיפור של חבלה, היתה סנקופה רק לפני מספר שנים לאחר שהייה בשמש זמן רב. השכבתי אותה על המיטה, נתתי כוס מים ותחושתה השתפרה. לא היה איבוד הכרה או נפילה. לאחר כמספר דקות, נעמדה ושוב החלה להסתחרר.

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53 הריון שבוע 21, מהלך תקין, סקירות תקינות. כאבי גב ללא שינוי. עיסויים מקלים. מעט יותר ישנה. נוטלת אקמול ספק עם הטבה, כ 2 כדורים ביום. שוב במרפאה ארוע של פרה סנקופה - חולשה, גל חום, ללא מסך שחור. התאוששה רק לאחר שכובה, שתיית מים ומנוחה.

ממצאים:

בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30 מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים



175691



קוד הפניה: 380111370

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי
ת.ז.: 308153832	
ת.לדה: 12/08/1992	מ.י.נ: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	טלפון: 0522454439
0308153832	מיקוד 7031755

בדיקת אק"ג אלקטיבי

ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים.
רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות.
הגבלה משמעותית בתנועתיות בצוואר וכיפוף גב
SLR שלילי
ללא פגיעה בתחושה.
כוח גס שמור

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02
מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה
רגישות עדיין בעמש לומברי וצווארי. ללא החמרה מבדיקה קודמת
הגבלה משמעותית בתנועתיות בצוואר (יותר קושי להפנית ראש לימין) וכיפוף גב, ללא החמרה מבדיקה קודמת אבל ללא שיפור..
כוח גס שמור, ללא פגיעה בתחושה.

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45
עדיין כאובה בתנועה, מעדיפה לעמוד בביקור, ללא צליעה
טווח תנועה בצוואר ללא שיפור, עדיין מוגבל לימין. תחושה וכוח גס שמורים.
עמוד שדרה מתני - טווח תנועה מוגבל ללא יכולת כיפוף לדבריה.
כאב במישוש ע"ג חוליות לומבריות ולצידיהן. ללא סימני חבלה אודם או נפיחות.
לד אורטוסטטי תקין אך גבולי: בשכיבה 108/60, בישיבה 90/60

בביקור בתאריך 28/05/2024 בשעה 10:30:53
כאב במישוש עד חוליות לומבריות ומימין להן בשרירים הזוקפים. טווח תנועה מוגבל מאוד.
לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים
ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים.
לד אורטוסטטי -

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - SECOND TRIMESTER
- PRESYNCOPE

תרופות קבועות:

- CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
- MELIANE 21TAB 1X1X63

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	99832	בדיקת אק"ג

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/05/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

ליזמון תור למכון הקרוב למקום מגוריו או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/05/2024 עד תאריך - 24/11/2024

חוק הביטוח הלאומי
ד"ר יעקבי חמוטל
מתמחה ברפואת המשפחה
מס' רשיון: 175691
כתובת: שא נס 17, באר יעקב
טלפון: 08-6325158

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכיר/עצמאי	
טויל		לינוי		צבי(מ)		308153832		שכיר	
ישוב		רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה	
באר יעקב		הרב שפירא		6		7031755		1992	
חבר (כל)		כ							
שם המעביד וכתובתו		עיריית תל אביב		טלפון		מקצוע		מזכירה	
				0522454439					
ת. פגיעה		שעה		התעסקות בשעת הפגיעה					
18/03/2024		09:00		נהיגה					
האיבר שנפגע		שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום					
גב תחתון וצווארי				18/03/2024					

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:
לפני שבוע וחצי תאונת דרכים כנהגת, נכנסו בה מאחורה. לא נפתחו כריות אויר. חבלה בגב ובעורף במנגנון צליפת שוט. היתה חגורה. \ פינתה את עצמה באמצעות מונית לבי"ח וולפסון. בבדיקה גופנית - רגישות עמש מתני, SLR שלילי. תחושה שמורה. נבדקה עי רופא נשים - עובר עם דופק תקין. לא בוצע צילום לאור ההריון. מאז כבר שבוע וחצי של כאבי גב תחתון. בהחמרה. בנוסף דימומים וגינלים שבוע שעבר במשך כ 3 ימים- דימום מועט. יותר הכתמות, התכווצויות רחם לסרוגין. לא ראתה רופא נשים. עוצמת הכאב 8, נוטלת אדוויל עם הטבה מועטה. ללא הקרנה.

לא נוטלת פרה-נטל, וחומצה פולית, הוסברה חשיבות
אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:
הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ד"ר חמוטל יעקבי
מר. 1-175691

ד"ר יעקבי חמוטל

מתמחה ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 175691

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

טלפון: 08-6325158

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
טויל	לינוי	צבי	308153832	כן
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
באר יעקב	הרב שפירא	6	7031755	1992
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
		0522454439		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30 מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים. רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות. הגבלה משמעותית בתנועות בצוואר וכיפוף גב SLR שלילי. ללא פגיעה בתחושה. כוח גס שמור

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02 רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות. הגבלה משמעותית בתנועות בצוואר וכיפוף גב

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - FIRST TRIMESTER

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 12 ימים, היינו מיום: 08/04/2024

עד יום: 19/04/2024 (בכלל).

10/04/2024

חתימה וחומת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר חמוטל יעקבי
מתמחה ברפואת המשפחה
מס' 175691

ימים, היינו מיום:

18/03/2024

עד יום:

07/04/2024

(בכלל)

31/03/2024

ר"ח הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

שוב -

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.

ד"ר יעקבי חמוטל

מתמחה ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 175691

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

טלפון: 08-6325158

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר	טויל
לינוי	צבי(מ)	308153832	כן		
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה	טלפון
באר יעקב	הרב שפירא	6	7031755	1992	0522454439
שם המעביד וכתובתו			טלפון		
עיריית תל אביב			0522454439		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 31/03/2024 בשעה 11:17:30 מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה לב - קולות לב סדירים, ללא אוושות או קולות נוספים ריאות - כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים. רגישות במישוש לאורך כל חוליות צוואריות ולומבריות. הגבלה משמעותית בתנועתיות בצוואר וכיפוף גב SLR שלילי. ללא פגיעה בתחושה. כוח גס שמור

בביקור בתאריך 10/04/2024 בשעה 09:59:02 מצב כללי טוב, ללא כח"צ, כאובה בעת תנועה, ללא צליעה רגישות עדיין בעמש לומברי וצווארי. ללא החמרה מבדיקה קודמת הגבלה משמעותית בתנועתיות בצוואר (יותר קושי להפנית ראש לימין) וכיפוף גב, ללא החמרה מבדיקה קודמת אבל ללא שיפור. כוח גס שמור, ללא פגיעה בתחושה.

בביקור בתאריך 01/05/2024 בשעה 09:49:45 עדיין כאובה בתנועה, מעדיפה לעמוד בביקור, ללא צליעה טווח תנועה בצוואר ללא שיפור, עדיין מוגבל לימין. עמוד שדרה מתני - טווח תנועה מוגבל ללא יכולת כיפוף לדבריה. כאב במישוש חוליות לומבריות ולצידהן. ללא סימני חבלה אודם או נפיחות. לד אורטוסטטי תקין אך גבולי: בשכיבה 108/60, בישיבה 90/60

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - SECOND TRIMESTER

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 25 ימים, היינו מיום: 20/04/2024

עד יום: 14/05/2024 (בכלל).

01/05/2024

ד"ר חמוטל יעקב
מתמחה ברפואת המשפחה
מס' 175691

חתימה וחומת הרופא

תאריך הבדיקה

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 376896

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ר ברנס שי

רורגיה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

ומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: טויל

ת.ז.: 308153832

שם פרטי: לינוי

טל.עבודה/נייד: 0522454439

0522454439

טלפון:

מין: נ

12/08/1992

ת.לידה:



0308153832

מיקוד 7031755

הרב שפירא 6/81, באר יעקב

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: בתאריך 18.3.24 תאונת דרכים מנגנון אחורי. כנהגת.

כאבים בצוואר ובגב.

נבדקה בבי"ח וולפסון. לא בוצעו צילומים בשל הריון שבוע 13.

ממצאים: הליכה על בהונות ועקבים. עמידה ללא ליסט.

רגישות פרהוורטבראלית בצוואר בעיקר מימין ובגב. ללא רגישות ע"פ SIJ מימין שמאל.

כח גס ותחושה שמורים בגפיים. הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי ומותני. ללא חסר נוירוסקולרי פריפרי.

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

• CERVICALGIA

• BACKACHE

אבחנה:

• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90

• MELIANE 21TAB 1X1X63

תרופות קבועות:

מעשנ/ת: לא

סיבת ההפניה: טיפול מקומי; חימום מקומי; הקלת דלקת; גלים קצרים; שחרור שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

03/04/2024

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.

מכבי שירותי בריאות

שירות רפואי מוסמך

ד"ר יעקבי חמוטל

מתמחה ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 175691

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

טלפון: 08-6325158

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
טויל	לינוי	צבי(מ)	308153832	כן
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
באר יעקב	הרב שפירא	6	7031755	1992
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
0522454439	עיריית תל אביב			

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 18/03/2024

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 30 ימים, היינו מיום: 15/05/2024

עד יום: 13/06/2024 (בכלל).

28/05/2024

תאריך הבדיקה

ד"ר חמוטל יעקבי
מתמחה ברפואת המשפחה
מ.ר 1-175691
חתימה וחומת הרופא

תאריך: 31/03/2024

מ.ר. גורם מפנה



200699882



175691

קוד הפניה: 371776021

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

שם משפחה: טויל

שם פרטי: לינוי

ת.ז.: 308153832

ת.לידה:

12/08/1992

מין: נ

טלפון:

0522454439

טל.עבודה/נייד: 0522454439

כתובת:

הרב שפירא 6/81, באר יעקב

מיקוד 7031755



0308153832

מוקד רפואה דחופה

מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.
נא להצטייד בכרטיס מגנטי

31/03/2024

חתימה וחותמת

תאריך

לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

ד"ר חמוטל יעקבי
מ.ר. 1-175691

תאריך: 03/04/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 372376967

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

רנס שי

יה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

מחיות:

ה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308153832

שם פרטי: לינוי

שם משפחה: טויל

טל.עבודה/נייד: 0522454439

0522454439

טלפון:

מין: נ

12/08/1992

ת.לידה:



מיקוד 7031755

הרב שפירא 6/81, באר יעקב

כתובת:

0308153832

מרפאת מכבי טבעי

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

זיבת הפנייה:

בתאריך 18.3.24 תאונת דרכים מנגנון אחורי. כנהגת.

כאבים בצוואר ובגב.

נבדקה בב"ח וולפסון. לא בוצעו צילומים בשל הריון שבוע 13.

ממצאים:

הליכה על בהונות ועקבים. עמידה ללא ליסט.

רגישות פרהוורטבראלית בצוואר בעיקר מימין ובגב. ללא רגישות ע"פ SIJ מימין שמאל.

כח גס ותחושה שמורים בגפיים. הגבלה בתנועות ע"ש צווארי ומותני. ללא חסר נוירוסקולרי פריפרי.

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- CERVICALGIA
- BACKACHE

מעש/ת: לא

תרופות קבועות:

- CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
- MELIANE 21TAB 1X1X63

הערות:

שיאצו, טווינה

03/04/2024

תאריך

חתימה וחזתמת

מופנה לרופא מיעץ לקביעת מסלול הטיפול

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

מ.ר גורם מפנה



200699882



175691

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 371776021

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

שם משפחה: טויל

שם פרטי: לינוי



0308153832

ת.לידה: 12/08/1992

מין: נ

כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: נשים

יפון:

רם משלם: 6 תאונת עבודה

קע רפואי: בת 31, נ+2, בהריון שבוע 13 (השבוע שקיפות), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס.

ללא רגישות לתרופות או מזון

ללא ניתוחים בעבר.

ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול.

לא מבצעת פעילות גופנית

תזונה מגוונת

הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות:

לפני שבוע וחצי תאונת דרכים כנהגת, נכנסו בה מאחורה. לא נפתחו כריות אויר. חבלה בגב ובעורף במנגנון צליפת שוט. היתה חגורה.

פינתה את עצמה באמצעות מונית לבי"ח וולפסון. בבדיקה גופנית - רגישות עמש מתני, SLR שלילי.

תחושה שמורה.

נבדקה עי רופא נשים - עובר עם דופק תקין.

לא בוצע צילום לאור ההריון.

מאז כבר שבוע וחצי של כאבי גב תחתון בהחמרה. ללא נימול, ללא פגיעה בסוגרים. בנוסף דימומים וגינלים שבוע שעבר במשך כ 3 ימים- דימום מועט, יותר הכתמות, התכווצויות רחם לסרוגין. לא ראתה רופא נשים.

עוצמת הכאב 8, נוטלת אדוויל עם הטבה מועטה. ללא הקרנה.

לא נוטלת פרה-נטל, וחומצה פולית. הוסברה חשיבות

לחץ דם: 65 / 110 דופק: 82

דיון ואבחנה מבדלת: 1. רופא נשים דחוף או מיון נשים
2. אקמול 2, פעמיים ביום, ביניהם ניתן לקחת נורופן או NSAID אחר
3. ליטול פרה נטל ח פולית
4. קידום תור לאורתופד

אבחנה:

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

• LOW BACK PAIN
• ROAD ACCIDENT• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
• MELIANE 21TAB 1X1X6311-51
מפנה לצורך: 24 שעות מרגע הפקתה

מיון בהריון לאחר ת"ד

מר גורם מפנה

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

קוד הפניה: 386184907

פרטי הנבדק:

שם משפחה: טויל

שם פרטי: לינוי

ת.ז.: 308153832



ת.לידה: 12/08/1992

מין: ג

טלפון: 0522454439

טל.עבודה/נייד: 0522454439

כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב

מיקוד 7031755

התייעצות מומחה

תחום שירות:

פסיכיאטריה

- במכבי

רקע רפואי:

בת 31, נ+2, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. מא תאונת דרכים ת.עבודה. 03/2024 מאז כאבי גב ללא רגישות לתרופות או מזון ללא ניתוחים בעבר. ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול. לא מבצעת פעילות גופנית תזונה מגוונת הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות:

שבוע 27.

כאבי גב, בשיפור.

חזרה לעבוד - קשה לה לשבת הרבה ובעמידה ממושכת יש לה סחרחורת. ללא תחושת עלפון. מרגישה סטרס לחזור לעבוד ולחזור לעבוד. דפיקות לב מהירות, קוצר נשימה. כאבים בחזה. במנוחה, לאורך היום. תחושה היא מכירה מלפני שנה וחצי אז נטלה ציפרלקס 10 עם הטבה. מצב רוח תקין, ללא מחשבות אובדניות. מתארת על עצמה שהיא טיפוס חרדתי.

ממצאים: הליכה טובה יותר נראית פחות כאובה.

דיון ואבחנה מבדלת:

ככל הנראה התסמינים של הכאב בחזה במנוחה וקוצר נשימה לחרדה סביב החזרה לעבודה והנהיגה לאחר התאונה כדי לשלול מרכיב לבבי תבצע - אקג אקו לב בנוסף נתחיל ציפרלקס במינון מינימלי 5 מג לאור ההריון וביקור פסיכיאטרי למעקב לאור ההריון

אבחנה:

• CHEST PAIN

מעש/ת: לא

תרופות קבועות:

• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
• MELIANE 21TAB 1X1X63

מטרת ההפניה: חרדה לאחר תאונת דרכים בהריון שבוע 27

** 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 - 07/07/2024 עד תאריך - 03/01/2025

07/07/2024

חתימה וחותמת

תאריך

העתק טופס

07/07/2024

ד"ר יעקב חמוטל

מתמחה ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 175691

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

טלפון: 08-6325158

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכיר	
טויל		לינוי		(צבי)מ		308153832		כן	
ישוב		רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה	
באר יעקב		הרב שפירא		6		7031755		1992	
שם המעביד וכתובתו		טלפון							
עיריית תל אביב		0522454439							

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- LOW BACK PAIN
- ROAD ACCIDENT
- PREGNANCY - SECOND TRIMESTER
- PRESYNCOPE
- ORTHOSTATIC HYPOTENSION

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 17 ימים, היינו מיום: 14/06/2024

עד יום: 30/06/2024 (בכלל).

04/07/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר יעקב חמוטל
מתמחה ברפואת המשפחה
מ.ר. 1-175691

תאריך: 07/07/2024

מכבי שירותי בריאות

יעקבי חמוטל

פחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



175691



קוד הפניה: 386184564

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308153832

שם פרטי: לינוי

שם משפחה: טויל

טל.עבודה/נייד: 0522454439

0522454439

טלפון:

מין: נ

12/08/1992

ת.לידה:



0308153832

מיקוד 7031755

הרב שפירא 6/81, באר יעקב

כתובת:

בדיקת אק"ג

רקע רפואי: בת 31, נ2, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית
בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. מ/א תאונת דרכים ת.עבודה. 03/2024 מאז כאבי גב
ללא רגישות לתרופות או מזון
ללא ניתוחים בעבר.
ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול.
לא מבצעת פעילות גופנית
תזונה מגוונת
הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות: שבוע 27.

כאבי גב, בשיפור.

חזרה לעבוד - קשה לה לשבת הרבה ובעמידה ממושכת יש לה סחרחורות. ללא תחושת עלפון.

מרגישה סטרס לחזור לעבוד ולחזור לעבוד. דפיקות לב מהירות, קוצר נשימה. כאבים בחזה. במנוחה, לאורך היום. תחושות שהיא

מכירה מלפני שנה וחצי אז נטלה ציפרלקס 10 עם הטבה.

מצב רוח תקין, ללא מחשבות אובדניות. מתארת על עצמה שהיא טיפוס חרדתי.

ממצאים: הליכה טובה יותר נראית פחות כאובה.

• CHEST PAIN

אבחנה:

• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90

• MELIANE 21TAB 1X1X63

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	99832	בדיקת אק"ג

הנחיות הרופא: אקג

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

07/07/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/07/2024 עד תאריך - 03/01/2025

תאריך: 07/07/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יעקבי חמוטל

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



0699882



175691

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 386184687

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

שם משפחה: טויל

שם פרטי: לינוי

ת.ז.: 308153832

ת.לידה: 12/08/1992

מ.י.נ

טלפון: 0522454439

טל.עבודה/נייד: 0522454439



0308153832

כתובת:

הרב שפירא 6/81, באר יעקב

מיקוד 7031755

אקו דופלר לב

רקע רפואי: בת 31, 2+, בהריון (במעקב גניקולוגי), עובדת בעיריית תל אביב עבודה משרדית בריאה בדרך כלל, נוטלת ציפרלקס. מ/א תאונת דרכים ת.עבודה. 03/2024 מאז כאבי גב ללא רגישות לתרופות או מזון ללא ניתוחים בעבר. ללא עישון, שימוש בסמים או אלכוהול. לא מבצעת פעילות גופנית תזונה מגוונת הסטוריה משפחתית- ללא הסטוריה של מחלות לב, סכרת, יל"ד, ממאירות.

תלונות:

שבוע 27.

כאבי גב, בשיפור.

חזרה לעבוד - קשה לה לשבת הרבה ובעמידה ממושכת יש לה סחרחורת. ללא תחושת עלפון.

מרגישה סטרס לחזור לעבוד ולחזור לעבוד. דפיקות לב מהירות, קוצר נשימה. כאבים בחזה. במנוחה, לאורך היום. תחושות שהיא מכירה מלפני שנה וחצי אז נטלה ציפרלקס 10 עם הטבה.

מצב רוח תקין, ללא מחשבות אובדניות. מתארת על עצמה שהיא טיפוס חרדתי.

ממצאים: הליכה טובה יותר נראית פחות כאובה.

אבחנה:

• CHEST PAIN

הבדיקה הדרושה	קוד	פירוט
אקו דופלר לב	93307	

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

07/07/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריו או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/07/2024 עד תאריך - 03/01/2025

תאריך: 28/07/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



170239



קוד הפניה: 445665533

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה שלישית)

ד"ר פיאנקוב יוליה

משפחה, פנימית וכללית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: טויל	שם פרטי: לינוי	ת.ז.: 308153832
ת.לידה: 12/08/1992	מ.י.נ: 0522454439	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד: 0522454439
כתובת: הרב שפירא 6/81, באר יעקב	מיקוד: 7031755	0308153832	

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: לאחר תאונת דרכים ב-03/24 בתור נהגת במגמון אחורי - מאז סובלת מכאבי גב תחתון וכאבים בצוואר. השלימה טיפולי פיזיו עם הטבה חלקית - עדיין מוגבלת בתפקוד. בבדיקתה - ללא חסר נוירולוגי גס, ללא חסר NV בגפיים. רושם לכאבים ממקור MSK - מופנית הערכה אורתופדית חוזרת + רפואה משלימה ופיזיו

אבחנות:

• BACK PAIN

מעש/ת: לא

• MELIANE 21TAB 1X1X63
• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: כמתואר

**** 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 - 28/07/2025 עד תאריך - 24/01/2026

28/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 28/07/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר פיאנקוב יוליה
משפחה, פנימית וכללית

קוד הפניה: 445664962

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: טויל		שם פרטי: לינוי		ת.ז.: 308153832	
		ת.לידה:	12/08/1992	מ.י.נ:	טלפון: 0522454439	טל.עבודה/נייד:	0522454439
כתובת:		הרב שפירא 6/81, באר יעקב					
מיקוד: 7031755							

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לאחר תאונת דרכים ב-03/24 בתור נהגת במגמון אחורי - מאז סובלת מכאבי גב תחתון וכאבים בצוואר. השלימה טיפולי פיזיו עם הטבה חלקית - עדיין מוגבלת בתפקוד. בבדיקתה - ללא חסר נוירולוגי גס, ללא חסר NV בגפיים. רושם לכאבים ממקור MSK - מופנית הערכה אורתופדית חוזרת + רפואה משלימה ופיזיו

אבחנות:

• BACK PAIN

תרופות קבועות:

• MELIANE 21TAB 1X1X63
• CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: התאמת טיפול פיזיו - לשקול הידרותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2025 עד תאריך - 24/01/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

28/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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.

יפוי כח

ל.נ. 1/16

אני הח"מ,

ת.ז.ח.פ. מס' 308153832, מרחוב הרד סטריט 6, כ"א, ת"א

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד 1.2.2 בענין מיום 1.2.2 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 23 לחודש 11 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד

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	
16.8	ל.נ.י	308153832		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
ויז שרתא	6	באר יעקב	777	

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

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

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

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

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

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____				
רופאים:	מכונים, מעבדות:	1	2	3
1	2	3	4	5

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

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

תאריך: 23.11.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פריברג, עו"ד חתימה: X
מ.ר. 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ש.מ. 176 בעל ת.ז. 308153832 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

- להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
- להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד א.מ. 176, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 23.11.23
הופיע/ה בפני ש.מ. 176 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 308153832
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ד. 62254
חתימת עורך הדין