

עמוד 1 מתוך 8

014042576

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
רויטל	רויטל	014042576
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0533334831	rutirozi@gmail.com

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. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
סר-סר	נ"ל מוסר
רחוב / תא דואר	מס' בית
רחוב	
טלפון קווי	טלפון נייד
0537566354039716370	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:	☐ לא ☐ כן, פרט:
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:	☒ לא ☐ כן, פרט:
<u>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)</u>	
שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	טלפון פקס

נ/מ

014042576

נא ציין את מספר תעודת זהות

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)								
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה								
שנה 11 חודש 11 יום 20 שעה 09	08:30	אסא הרופא								
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 <table border="1"> <tr> <td>שם הרופא</td> <td>תחום המומחיות</td> <td>כתובת המרפאה</td> <td>טלפון המרפאה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה				
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה							

בית חולים אסא הרופא

5

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד 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

17

014042576

נא ציין את מספר תעודת זהות

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק כרית כרית כרית

שם הסניף / כתובתו מנחת שאול

מספר חשבון 123017 מס' סניף 555

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

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

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

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

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

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

תאריך 27/11/24 חתימת התובע כרית

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 אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

כרית

אל על נתיבי אויר

תאריך: 01/12/2024

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי

הנדון: פירוט שכר לקבלת דמי פגיעה בעבודה

תיק מעסיק מס': 92508247101

נכבדי,

כתובת: רח' נתב"ג 0 לוד

פקס: 025006217

מס' טלפון: 025014823

אנו מאשרים כי מר/ת רוטון רות רוזני מספר זהות: 14042576

בכתובת: סמדר 10 / 3, תל אביב - יפו 6710173

עובדת ביחידה: ה' שעת הפגיעה: 19:30
נפגע בתאריך: 21/11/24 יום בשבוע: ה'

האם קיימת קרבה משפחתית בינך לבין המעביד לא כן מסוג _____

פירוט השכר ברבע השנה שקדם ליום הזכאות:

מס	החודש, כולל חודש הפסקת עבודה	אחוז המשרה	מספר הימים עבורם שולם שכר	מספר ימי עבודה בשבוע	בסיס השכר חודשי יומי או לפי שעה	שכר חודשי חייב בדמי ביטוח - ברוטו	הערות
1	07/2024	1.00	24		עובד לפי שעות	16,999.29	
2	08/2024	1.00	13		עובד לפי שעות	9,784.39	
3	09/2024	1.00	22		עובד לפי שעות	16,810.05	
4	10/2024	1.00	22		עובד לפי שעות	16,526.37	

הערה:

תשלומים נוספים לשכר (כגון הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח - ברוטו בטבלה.

תאריך תחילת העסקת התובע במפעל / מקום העבודה: 15/04/2024

התובע ממשיך להמנות על עובדי המפעל? כן לא

התובע הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

התובע שב לעבודה ביום 01.12.24 / הנפגע עדיין לא שב לעבודה.

התובע נעדר מהעבודה ברבע השנה בתקופות _____ מסיבה _____

הצהרת המעסיק:

אנו מצהירים כי הפרטים שנמסרו על ידי הנפגע ועל ידי/נו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו

פרט ל:

ואי-פרט את ההכתיגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.

אריאלה טולדנו גונן

צוות קרקע

מינהל תשלומי שכר

אגף משאבי אנוש

אל על נתיבי אויר לישראל בע"מ

התימה וחתימת המעסיק/מפעל

11/12/24

תאריך

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך 5.12.24 תפקיד החותם מאיר שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒ * _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

☒ חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור		
שנה	חודש	יום
24	11	24

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

פרטי המעסיק

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
אל על	925082471	03 - 9716111
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד
ת.ד. 41	נתב"ג, לוד	7015001
מס' בית	טלפון פקס	
	04042576	

לכבוד קופת חולים / בית חולים לוי

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע

2

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רוזין	רוסלן ר'ה	זכר ☐ נקבה ☒	141042576
כתובת	מס' בית	כניסה	דירה
סמך	10		גל-אלק
טלפון קווי	טלפון נייד		
0	0		0533334831

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	מקום התאונה
24/11/2024	19:34	מנהל פניה מטוס	במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר ☐
שנה	חודש	יום	כתובת מקום התאונה
24	11	24	ת"ד 41 נתב"ג
תיאור התאונה לדברי העובד/עובדת. קצת זמן לאחר האיסוף, הייתי בסניף ופגשתי את המנהל (הוא הסביר לי את המסלול החדש ונאמר לי שיש לי זכות על פיצויים). הוא אמר לי שיש לי זכות על פיצויים ונאמר לי שיש לי זכות על פיצויים. הוא אמר לי שיש לי זכות על פיצויים ונאמר לי שיש לי זכות על פיצויים.			
שם המאשר	תפקידו במפעל	חתימה וחותמת המפעל	אריאלה טולדנו גונן
אריאלה טולדנו	מנהל תשלומים ושכר		
ז"ע			

4

למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐
הנפגע אינו חבר בקופת חולים ☐
מהות התאונה (אבחנות רפואיות): ☐

תאריך: 26/11/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	רוזיני רוסודן רות
ת.לידה:	05/07/1970
מס בית:	10 / 3
מס זהות:	00014042576
רחוב:	סמדר
טלפון נוסף:	3- 5537726
גיל:	54.05 מין: נ
ישוב:	תל אביב -
טלפון:	53- 3334831

תאריך תאונה: 21/11/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
E811	s/p	MOTOR VEHICLE ACCIDENT

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 21/11/2024 עד יום 30/11/2024 (בכלל) סה"כ 10 ימים

26/11/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

השיקמה - בת ים

חותמת המרפאה

אינסה זילברשטיין **נחתם דיגיטלית**

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי על פי תעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-
היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אחות אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וזוהי הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

שם משפחה: רוז'יני	ת. לידה: 05/07/1970 גיל: 54
שם פרטי: רוסודן רות	ת. זהות: 14042576 מין: נקבה
כתובת: סמדר 10/3 תל אביב - יפו 6710173	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 053-3334831	שם האב: יעקב שם האם:
זמן קבלה: 20:58 21/11/2024	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 21:02 21/11/2024	מספר מקרה: 12293634
זמן שחרור: 22:17 21/11/2024	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
E819.9			✓			
אבחנה						
MVA						

לא ידועה רגישות לתרופות

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בת 54, ללא טיפו לבמדללי דם

היתה מעורבת בתאונת דרכים כנוסעת במיניבוס במהלך עבודה בנתב"ג, מהירות נמוכה
לא היתה חגורה
חבלת ראש, חבלות יבשות בגפיים
ללא אחבלת חזה/בטן
ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

במיון:

יציבה המודינמית

בהכרה מלאה, חיונית, עירנית

ראש- המטומה עדינה באזור רכה מימין.

צוואר- ללא רגישות על פני עמו"ש צווארי, מניע ראש בחופשיות

בית חזה- סימטרי, ללא סימני חבלה, ללא רגישות, התפשטות תקינה.

בטן- רכה לא תפוחה, לא רגישה, ללא סימן חבלה

גב- ללא רגישות על פני עמו"ש גבי/מתני, ללא סימן חבלה

גפיים- מניע בחופשיות, ללא רגישות גרמית, טווחי תנועה שמורים, חבלת יבשה אמה ימין באזור השריר.

המשך מכתב: 14042576 רוסודן רות רוז'ני

בדיקה נוירולוגית- אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, פנים סימטריות, ללא עדות לפגיעה בעצבים קרניאליים אחרים, כוח גס ותחושה שמורים, הליכה על בסיס תקין.

סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים כנוסעת, קינמטיקה קלה
חבלת ראש וגפיים
בדיקה נוירולוגית תקינה, ללא דגלים אדומים המצריכים המשך בירור מבחינת חבלת ראש
חבלות יבשו תבגפיים
באישור ד"ר דיקמן משתחררת במצב כללי טוב סע ההמלצות הבאות :

סטטוס מטופל בשחרור

במצב כללי טוב.
יציב נשימתית והמודינמית.
ללא צורך בהמשך בירור במסגרת אשפוז.
התקבל הסבר על מהלך הטיפול וההמלצות בשחרור.

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML DRP 1000 mg	Once	22:13 21/11/2024 דביט סנדרה מ.ר. 211111	DRP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.4	83	153/102

המלצות בשחרור

המלצה:
-מעקב רופא מטפל במידת הצורך
-משככי כאבים לפי הצורך
-בכל החמרה לרבות כאבי ראש עזים, הקאות, אובדן הכרה, טשטוש ראייה -
לפנות לבדיקה רפואית
זופשת מחלה: 3 ימים.

רשימת תיוג להעברה

22:17 21/11/2024

העברה: ק

זיהוי מטופל: רשומה וידון

מועבר להמשך טיפול ב: שחרור מהמלר"ד

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד רופא/ה	זמן חתימה 21/11/2024 22:12
ד"ר ממצ'ור אלכסנדרה מ.ר. 178466		

המשך מכתב: 14042576 רוסודן רות רוז'ני

בדיקה נירולוגית- אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, פנים סימטריות, ללא עדות לפגיעה בעצבים קרניאליים אחרים, כוח גס ותחושה שמורים, הליכה על בסיס תקין.

סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים כנוסעת, קינמטיקה קלה
חבלת ראש וגפיים
בדיקה נירולוגית תקינה, ללא דגלים אדומים המצריכים המשך בירור מבחינת חבלת ראש
חבלות יבשו תבגפיים
באישור ד"ר דיקמן משתחררת במצב כללי טוב סע ההמלצות הבאות

סטטוס מטופל בשחרור

במצב כללי טוב.
יציב נשימתית והמודינמית.
ללא צורך בהמשך בירור במסגרת אשפוז.
התקבל הסבר על מהלך הטיפול וההמלצות בשחרור.

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML DRP 1000 mg	Once	22:13 21/11/2024 דביט סנדרה מ.ר. 211111	DRP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
153/102	83	36.4	100

המלצות בשחרור

המלצה: מעקב רופא מטפל במידת הצורך
משככי כאבים לפי הצורך
בכל החמרה לרבות כאבי ראש עזים, הקאות, אובדן הכרה, טשטוש ראייה –
לפנות לבדיקה רפואית
חופשת מחלה: 3 ימים.

רשימת תיוג להעברה

22:17 21/11/2024

העברה: ק

זיהוי מטופל: רשומה וידון

מועבר להמשך טיפול ב: שחרור מהמלר"ד

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' ממצ'ור אלכסנדרה מ.ר. 178466	רופא/ה	21/11/2024 22:12



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-
היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אחות אחראית: גטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: רוז'ני	ת. לידה: 05/07/1970 גיל: 54
שם פרטי: רוסודן רות	ת. זהות: 14042576 מין: נקבה
כתובת: סמדר 10/3 תל אביב - יפו 6710173	מצב משפחה: רווק/ה 0
טלפון: 053-3334831	שם האב: יעקב שם האם:
זמן קבלה: 20:58 21/11/2024	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 21:02 21/11/2024	מספר מקרה: 12293634
זמן שחרור: 22:17 21/11/2024	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MVA	E819.9			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בת 54, ללא טיפו לבמדללי דם

היתה מעורבת בתאונת דרכים כנוסעת במיניבוס במהלך עבודה בנתב"ג, מהירות נמוכה
לא היתה חגורה
חבלת ראש, חבלות יבשות בגפיים
ללא אחבלת חזה/בטן
ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

במיון:

יציבה המודינמית

בהכרה מלאה, חיונית, עירנית

ראש- המטומה עדינה באזור רכה מימין.

צוואר- ללא רגישות על פני עמו"ש צווארי, מניע ראש בחופשיות

בית חזה- סימטרי, ללא סימני חבלה, ללא רגישות, התפשטות תקינה.

בטן- רכה לא תפוחה, לא רגישה, ללא סימן חבלה

גב- ללא רגישות על פני עמו"ש גבי/מתני, ללא סימן חבלה

גפיים- מניע בחופשיות, ללא רגישות גרמית, טווחי תנועה שמורים, חבלת יבשה אמה ימין באזור השריר.

תאריך: 26/11/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוז'יני רוסודן רות	מס זהות:	00014042576	גיל:	54.05	מין:	נ
ת.ל.ידה:	05/07/1970	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	סמדר			
מס בית:	10 / 3	טלפון:	53- 3334831	טלפון נוסף:	3- 5537726			

תאריך תאונה: 21/11/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אפיון	אבחנה
E811	s/p	MOTOR VEHICLE ACCIDENT

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

© אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 21/11/2024 עד יום 30/11/2024 (בכלל) סה"כ 10 ימים

26/11/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

השקמה - בת ים

חותמת המרפאה

אנוסה זילברשטיין **נחתם דיגיטלית**

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי

התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי

036784

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור		
24	11	2024
יום	חודש	שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה		
יום	חודש	שנה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
אל על	925082471	03-9716111
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד
ת.ד. 41	נתב"ג, לוד	7015001
טלפון פקס		
01140142576		

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רזני	רוסל	זכר	11410142576
כתובת	מס' בית	כניסה	דירה
סמך	10		
רחוב / תא דואר	טלפון נייד	טלפון קווי	מיקוד
	0		גל-ז.ק.י
			01533334831

פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	מקום התאונה
21/11/2024	19:13	מנהל פנימי	ת.ד. 41 נתב"ג
יום	חודש	שנה	

מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה

תיאור התאונה לדברי העובד/עובדת

כאשר המשאית חצתה את גדר המגן של המפעל, נפל עליה עובד, וכתוצאה מכך נגרם נזק.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

הנזק נגרם כתוצאה מנפילה של העובד מהגובה של כ-2 מטר.

שרותי כריאות כלליה

אישור 02695874

השקמה בן ים/ת"א יפו
רחוב השקמה 23 בן ים
חסי' חיק 589906114
רוקח: בודגוב מאיה ארשרח
ניסוף: 82119-0305
449635

חוקר
24*ROKACET PLUS CAP
22.78 50.00%

סה"כ רוז"ני רוטורד ר 1404257
22.78
* סה"כ לתקרה:

סיכום ל-1 פריטים
סה"כ לפני הנחה: 45.56

הנחה: -22.78
סה"כ אחרי הנחה: 22.78

לחשלוט 22.78

חשבונו בבנק יחוייב בסך: 22.78