

עמוד 1 מתוך 5



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית

3	סודר בקשה
6	סודר דיון
907222	מס' ועדה
34	נושא הדיון

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

1	סניף מגורים רחובות	סניף הועדה רחובות	☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ אסיר ציון
---	--------------------	-------------------	--

2	פרטי התובע	שם פרטי	שם משפחה	אנאק
מספר זהות	תאריך לידה	מין	זכר	נקבה
57843021	02101962			
כתובת	רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
הירדן	8			
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
0	055 6644686			

3	פרטי הפגיעה	תאריך הפגיעה	מקצוע	מהות הפגיעה
		12/09/2019	מנהל	חבלה בשורש כף יד ימין
תיאור הפגיעה: בעת העמסת שולחנות				
סוג האישור: אישור				
פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:				
מיום	עד יום	פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:	מיום	עד יום
		תיקים שצורפו לדיון:		
		☐ תיק נכות מעבודה ☐ תיק דמי פגיעה ☐ נכות כללית ☐ ניידות ☐ איבה		
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)				
1. 2.				

4	מסמכים שעמדו בפני הועדה	
1	תאריך המסמך	סוג המסמך
2	21.12.20	30.12.20
3	23.11.20	23.11.20
4	10.7.20	10.7.20
5		

5	החלטה אחרונה מתאריך 21/01/2021				
אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום	אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום
אחוז נכות יציבה	מיום	עד יום	אחוז נכות יציבה	מיום	עד יום
10.00	01/09/2020				

מס' ועדה 907222	נושא הדיון	סודר דיון	סודר בקשה	מספר זהות 5 7 8 4 3 0 2 1	שם התובע אנאקי רחמים
--------------------	------------	--------------	--------------	------------------------------	----------------------------

☐ התובע נכח בדיון ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ☐ דיון ללא נוכחות התובע, הסיבה _____

☐ בעת הדיון נוכח גם: שם עו"ד: פר"ק מס' רישיון 62254 ת"ז 62254 קרבה _____

☐ מלווה: שם _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר _____

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☐ לא ☐ כן - שם הרופא _____

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו

☐ הדיון נפסל, הסיבה: _____

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע: מקרה א"י, הומאם קפול, ים ירחמה
הומאם קפול - 10 תופים האומרים בנה למסא
מוטאם והומאם הירפכה עמיה מס מלאים
המסא במועץ הי"ז קוש האומיה והומאם מסא
משרה במועץ א"פ. אכיה מיועיה אמוע מסא
שומאם מס הומאם והומאם מסא
י"ז מלווה מיומרה ב"ה נסא מלכד א"פ. 51

ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט: ☐ טיפול תרופתי ☐ פיזיותרפיה ☐ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר _____

☒ שכיר/מתנדב	האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ לא - הסיבה: ☒ עקב הפגיעה ☒ פיטורין ☐ התפטרות ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____
☐ עצמאי	האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? ☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____ ☐ כן, לעבודה אחרת, בתאריך _____ האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה: _____ היקף משרה: ☐ מלא ☐ חלקי _____

אני מאשר כי הפרטים שגרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.
 שמות הפוסקים הרפואיים: ורשבסקי מיכאל
 אני מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☒ כן ☐ לא, הסיבה _____
 חתימת התובע: _____

907222

נושא הדיון

סודר

6711

סודר

בקשה
3

מספר זהות

5 7 8 4 3 0 2 | 1³⁰

שם התובע
אנאקי
רחמים

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

ממצאים בבדיקת הועדה:

(ממצאים בבדיקת הועדה):
 1. נסיבות: שטח נזק אסתי ושיעור 3.
 2. נזק: נזק בשיעור 3. הנזק היה כפול רב.
 3. נזק: נזק בשיעור 3. הנזק היה כפול רב.

התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה נובעת מהפגיעה	החלטת הועדה

שם התובע
אנאק
רחמים

מספר זהות

57843021

סודר
בקשה
3

סודר
דיון
6

נושא הדיון

מס' ועדה

907222

אבחנות:

10

מקב זלמן חב"ל שיש ב י.מ

11

סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה.

מסירה אלוהית
הועדה קובעת לא חלה
כחלקה בנכות

12

דיון בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16 :

האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו?

☐ לא ☐ כן

13

הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

14

האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא

החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
 12/09/2019 בקשר לפגיעה מתאריך 03/03/2024 בישיבה מתאריך

15

נכוחות זמנית

סעיף במבחנים	לתקופה		בשיעור	
	עד יום	מיום	במילים	%

נכסות יציבה

בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב- %	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%	
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____ נכות משוקללת % הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____ התוספת באחוזים % דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: אין הסתמך באחוזים %								

נכות יציבה נוספת

בשיעור						הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב- %	שיעור הגורמים אחרים ב-%					
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____ נכות משוקללת %												
הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____ התוספת באחוזים %												
דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____ באחוזים %												

חתימות הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

- א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
ב. איני הרופא המטפל של התובע.
ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע.
ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	תאריך
ורשבסקי מיכאל	אורטופד	03/03/2024

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

חגית מייזל
מזכירת ישיבה

חתימת וחותמת *

מייזל חגית

תאריך: 03/03/2024

03/03/2024 תאריך הדפסה