

שכיר . סוכנות

עמוד 1 מתוך 6

057843021		מס' זהות / דרכון
9	6	סוג המסמך
06		דפים
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		פיצול

סודר בקשה	
סודר דיון	
מס' ועדה	
נושא הדיון	36

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה
דו"ח ועדה
רפואית לעררים



סניף מגורים	סניף הועדה	מס' ועדה	תאריך הועדה
7/מ/מ	קל"ג		10/12/2021

שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מספר זהות
אשכנזי	רחמי	נ	1961/01/01	057843021
כתובת				
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר
ה'מזן	8			דואר אלקטרוני
טלפון קווי	טלפון נייד			

תאריך הפגיעה:		מקצוע:		מהות הפגיעה:	
10/09/2021		מנהל תימון		נפגעי עבודה כ"ז י"ז י"ז	
החלטת הועדה נשוא הערעור					
תאריך	%	מיום	עד יום	%	מיום
10/3/21	100	א"ל	10/9/21		
פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:					
מיום	עד יום	פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:			
		תיקים שצורפו לדיון:			
		☐ תיק נכות מעבודה ☐ תיק דמי פגיעה ☐ נכות כללית ☐ נידות ☐ איבה ☐ מס הכנסה			
נא פרט על פגיונות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					
1. 2.					

מסמכים וחוות דעת שעמדו בפני הועדה					
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
10/10/21	מיון קצ"ל	6			
10/10/21	מיון קצ"ל	7			
10/10/21	מיון קצ"ל	8			
10/10/21	מיון קצ"ל	9			
10/10/21	מיון קצ"ל	10			
☐ חזר לעבודה בתאריך _____ ☐ לא עובד, הסיבה _____ ☐ החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____ ☐ האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן, הסיבה _____ ☐ ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ ☐ ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ ☐ ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ ☐ ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט _____					

פרוטוקול

5

שם התובע	מספר זהות ס"ב	סודר בקשה	סודר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
----------	------------------	--------------	--------------	------------	----------

פרוטוקול

התובע נכח בדיון ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ☐ דיון ללא נוכחות התובע ☒

בעת הדיון נוכח גם: ☐ עו"ד: שם _____ מס' רישיון _____

☐ מלווה: שם _____ קרבה _____ ת"ז _____

אני נותן את הסכמתי להקלטת הדיון ☐ כן ☐ לא ☐

המבוטח ☐ המייצג ☐ רופא הוועדה

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

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

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה _____

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

☐ הדיון נפסל, הסיבה _____

המערער ☐ ערעור המוסד מתאריך _____ ערעור הנפגע מתאריך _____ פסק דין מיום _____

תלונות התובע _____

נימוקי הערעור _____

דברי בא כוח הנפגע _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

שמות הפוסקים הרפואיים: _____

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

חתימת התובע ☒

[illegible]

שם התובע	מספר זהות ס"ב	סודר בקשה	סודר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
9 10 אבחנות: <u>הזון קטן, כל י"ן</u> סיכום ומסקנות: יש לפרט האם הנכות נובעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן הנכות זמנית והן הנכות יציבה המס' הי"ג גמול קצת קטן, וזוהי הנכות הזמנית וזוהי הנכות היציבה מס' הי"ג גמול קצת קטן, וזוהי הנכות הזמנית וזוהי הנכות היציבה מס' הי"ג גמול קצת קטן, וזוהי הנכות הזמנית וזוהי הנכות היציבה					

שם התובע	מספר זהות ס"ב	סודר בקשה סודר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
----------	------------------	------------------------	------------	----------

11 דיון בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16 : האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? ☐ לא ☐ כן (בנכות יציבה)

☒ הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות ☒ חוות דעת הרשות ☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☐ לא ☐ כן ☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ לא ☐ כן

הנימוקים להחלטה: ההחלטה נכונה על פי חוות הדעת והמסקנה של הוועדה

12 ☐ הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

13 האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כן, בעוד _____ שנים. נימוק _____

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

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא

14 החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול בישיבה מתאריך _____ בקשר לפגיעה מתאריך _____

נכות זמנית			
%	בשילוב	לתקופה	
		עד יום	סעיף במבחנים

נכות יציבה					
%	בשילוב	הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם	
				אחוז הנכות	סעיף במבחנים

%	בשילוב	מידת השפעה סה"כ 100%		מבחנים	סעיף במבחנים	מבחנים
		השפעה הנובעת מגורמים אחרים ב-%	השפעה מהפגיעה ב-%			

סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____

הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____

דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____

נכות משוקללת: _____ %

התוספת באחוזים: _____ %

באחוזים: _____ %

שם התובע	מספר זהות ס"ב	סודר בקשה	סודר דין	נושא הדין	מס' ועדה
----------	------------------	--------------	-------------	-----------	----------

נכות יציבה נוספת							
בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%	
%	במילים			% נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב- %	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב- %

סה"כ הנכות הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____

הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____

סה"כ דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____

נכות משוקללת: _____ %

התוספת באחוזים: _____ %

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 עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
1. ד"ר אברהם	זרע		24/11/11
2. ד"ר אברהם	גניאל		24/11/11
3. ד"ר אברהם	ליווט		24/11/11

ד"ר אברהם
מומחית בריאות הציבור
מ.ר. 22343 מ.ר.ת. 13147

ד"ר משה
רשיון רופא מס' 18184
אישור מומחה מס' 13136

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

תאריך: 24/11/11 שם מזכיר הישיבה: יתעל טעור חתימת וחותמת: x

חיות דעת רפואית

בתחום מחנה ל' י'
שם הרופא ד"ר יצחק גל מומחיות ל' י'

שם הנבדק ר' אהרן אהרן מס' זהות/ 05784302

☒ נכות מעבודה ☐ איבה תאריך פגיעה 12/9/19

☐ מס הבנסה ☐ אסור ציון

הגורם המפנה ☒ רופא מוסמך ☐ ועדה רפואית ☐ ועדה רפואית לעררים
מסמכים שעמדו בפני הרופא:

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
30/7/23 ^{1.}	חני' ד"ר WFA ארמן	27/8/24 ^{3.}	פחטיקין פרק II
23/11/23 ^{2.}	השטת אלסטית	4. ^{4.}	

פרטי התובע וזהות אומתו לפי: התביעה נגד מדינת ישראל מס' ת"פ 4954

האם קיבל חו"יד רפואית/טופל/קיימת הכרות עם הרופא ☐ כן _____ ☐ לא

שם הרופא
תולדות המקרה מפי התובע: ע"פ: המקסימלית נחתה נחתה שלח, חולץ, ואפוא יתעלה
קצתם סכך 25: למעלה 20: נחתה שלח, חולץ, ואפוא יתעלה
י"ח:

תלויות הנבדק: משה אהרן בן יצחק, אברהם בן יצחק, אברהם בן יצחק, אברהם בן יצחק

• תאריך: 15/10/2019, שם: ד"ר יעקב יצחק

חתימת

אני מסכים להבדק לענין התלוות הנ"ל. חתימה.

ממצאים רפואיים: בקרינה, א' ד' י' ז' ח' טו ו' ע' פ' צ' ק' ר' ש' ת' י"א י"ב י"ג י"ד י"ה י"ו י"ז י"ח י"ט כ' כ"א כ"ב כ"ג כ"ד כ"ה כ"ו כ"ז כ"ח כ"ט ל' ל"א ל"ב ל"ג ל"ד ל"ה ל"ו ל"ז ל"ח ל"ט מ' מ"א מ"ב מ"ג מ"ד מ"ה מ"ו מ"ז מ"ח מ"ט נ' נ"א נ"ב נ"ג נ"ד נ"ה נ"ו נ"ז נ"ח נ"ט ס' ס"א ס"ב ס"ג ס"ד ס"ה ס"ו ס"ז ס"ח ס"ט ע' ע"א ע"ב ע"ג ע"ד ע"ה ע"ו ע"ז ע"ח ע"ט פ' פ"א פ"ב פ"ג פ"ד פ"ה פ"ו פ"ז פ"ח פ"ט צ' צ"א צ"ב צ"ג צ"ד צ"ה צ"ו צ"ז צ"ח צ"ט ק' ק"א ק"ב ק"ג ק"ד ק"ה ק"ו ק"ז ק"ח ק"ט ר' ר"א ר"ב ר"ג ר"ד ר"ה ר"ו ר"ז ר"ח ר"ט ש' ש"א ש"ב ש"ג ש"ד ש"ה ש"ו ש"ז ש"ח ש"ט ת' ת"א ת"ב ת"ג ת"ד ת"ה ת"ו ת"ז ת"ח ת"ט י"א י"ב י"ג י"ד י"ה י"ו י"ז י"ח י"ט כ' כ"א כ"ב כ"ג כ"ד כ"ה כ"ו כ"ז כ"ח כ"ט ל' ל"א ל"ב ל"ג ל"ד ל"ה ל"ו ל"ז ל"ח ל"ט מ' מ"א מ"ב מ"ג מ"ד מ"ה מ"ו מ"ז מ"ח מ"ט נ' נ"א נ"ב נ"ג נ"ד נ"ה נ"ו נ"ז נ"ח נ"ט ס' ס"א ס"ב ס"ג ס"ד ס"ה ס"ו ס"ז ס"ח ס"ט ע' ע"א ע"ב ע"ג ע"ד ע"ה ע"ו ע"ז ע"ח ע"ט פ' פ"א פ"ב פ"ג פ"ד פ"ה פ"ו פ"ז פ"ח פ"ט צ' צ"א צ"ב צ"ג צ"ד צ"ה צ"ו צ"ז צ"ח צ"ט ק' ק"א ק"ב ק"ג ק"ד ק"ה ק"ו ק"ז ק"ח ק"ט ר' ר"א ר"ב ר"ג ר"ד ר"ה ר"ו ר"ז ר"ח ר"ט ש' ש"א ש"ב ש"ג ש"ד ש"ה ש"ו ש"ז ש"ח ש"ט ת' ת"א ת"ב ת"ג ת"ד ת"ה ת"ו ת"ז ת"ח ת"ט

לא הי' קיימת הנהלה חשבת ביוני במנהל שולח ל"ר

[illegible]

סיכום ומסקנות: המסמך ענין החלטה ד"ר אהרן ואלה המעלה הריון שלא ניתן ליתר נכח המעלה
הקצרה של הבה. אין המסמך המעלה וכן המעלה והמעלה המעלה המעלה
קבלה 20.1.2017

לשם השלמת חוות הדעת נדרשים:

ניתן למסור את חוות הדעת לתובע ☒ כן ☐ לא

אני ממליץ לקבוע:

נכוחת זמנית:

בשעור %	במילים	ליקוי	סעיף במבחנים	מתאריך	עד תאריך

נכוחת יציבה:

תאריך תחילת הנכרת	הנכרת הנכרת מחתאונה	מצב קודם		סעיף במבחנים	ליקוי	במילים	בשעור %
		בשעור %	סעיף במבחנים				
23/11/23				35 ג'ל	שורש 4	עשרים	20
				מ.ר. 25886	12		
				מ.ר. 25886			

שם הרופא

תאריך

חתימה וחותמת

(04.2009) 225 ㄅ

על גמר
מזכירות

57843021
מספר זהות / דרכון

6 9
סוג מסמך

06
מספר דפים

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

סודר בקשה 3
סודר דיון 7
מס' ועדה 909021
נושא דיון:
דיון ראשון

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית
לערים 221



סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
רחובות	רמלה	909021	27/08/2024

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
אנאקי	רחמים	זכר	נשוי	02/10/1962	57843021
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
הירדן	8			000000	קריית מלאכי
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			055-6644686		

פרטי הפגיעה					
תאריך הפגיעה		מקצוע		מחלות הפגיעה	
12/09/2019		מנהל תפעול		חבלה בשורש כף יד ימין	
תיאור הפגיעה: בעת העמסת שולחנות					
סוג האישור: אישור					
תאריך		נכות צמיתה		נכות זמנית	
		%		מיום	
03/03/2024		10.00		עד יום	
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:					
מיום		עד יום		מיום	
				עד יום	
				19/10/2019	
				14/02/2020	
				13/09/2019	
				15/12/2019	
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					

מסמכים שעמדו בפני הוועדה					
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
18/04/2024	מכתב ערר	30/07/2023	הערכת נכות ד"ר אורון אמיר	06/07/2023	הערכת נכות ד"ר אורון אמיר
03/03/2024	פרוטוקול ועדה רפואית				
23/11/2023	תביעה לדיון מחדש				
05/09/2023	אישור לפי תקנה 36				
10/07/2023	סכום ביקור מ.ר רבין				
חזר לעבודה בתאריך _____					
החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____					
האם קיימת ירידה בהכנסות? לא, כן, הסיבה _____					
ממשיך לקבל טיפול רפואי? לא, כן, פרט _____					
טיפולים משלים _____					

.6

.7

.8

[illegible]

.9

היום אנו חוגגים את יום הולדת 100 של מדינת ישראל

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
רחמים אנאקי	57843021	12/09/2019	27/08/2024

14.

החלטת הוועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
בישיבה מתאריך 27/08/2024
בקשר לפגיעה מתאריך 12/09/2019

נכות זמנית			
שעיף במבחנים	לתקופה		בשיעור
	עד יום	מיום	% במילים

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

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

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
רחמים אנאקי	57843021	12/09/2019	27/08/2024

חתימת הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לפונה חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של הפונה.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הפונה.

לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
ארסבן אברהם	אורטופד		27/08/2024

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

תאריך 27/08/2024

שם מזכיר הישיבה סנדורי יחזקאל

חתימה וחותמת

ד"ר ארקה כהן יונגר
מומחית בבריאות הציבור
מ.ר. 22349 מ.ר. 13117

ד"ר משה רותם
מנתח פלסטי
רשיון רופא מס' 18184
אישור מומחה מס' 13136

57843021	פסול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון		
6 9	0 7	
סוג מסמך	מספר דפים	

סודר בקשה	3
סודר דיון	10
מס' ועדה	911124
נושא דיון: סיכום דיון	

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית
לערים 221



סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
רחובות	רמלה	911124	09/04/2025

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
אנאקי	רחמים	זכר	נשוי	02/10/1962	57843021
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
הירדן	8			000000	קריית מלאכי
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			055 - 6644686		

פרטי הפגיעה					
תאריך הפגיעה			מקצוע		
12/09/2019			מקצוע		
תאריך הפגיעה			מחלת הפגיעה		
12/09/2019			חבלה בשורש כף יד ימין		
תיאור הפגיעה: בעת העמסת שולחנות					
סוג האישור: רושיא					
החלטת הוועדה נשוא הערעור					
תאריך		נכות צמיתה		נכות זמנית	
%	מיום	%	מיום	%	עד יום
10.00	01/09/2020				
03/03/2024					
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:			פירוט תעודות אי כושר שנדחו:		
מיום	עד יום	מיום	עד יום	מיום	עד יום
		13/09/2019	19/10/2019		
		15/12/2019	14/02/2020		
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					

מסמכים שעמדו בפני הוועדה				
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	סוג המסמך
1. 11/12/24	מסמך	6.		
2. 21/01/25	מסמך	7.		
3.		8.		
4.		9.		
5.		10.		
חזר לעבודה בתאריך _____				
החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____				
האם קיימת ירידה בהכנסות? לא _____ כן, הסיבה _____				
ממשיך לקבל טיפול רפואי? לא _____ כן, פרט _____ טיפול תרופתי _____ פיזיותרפיה _____ המשך מעקב _____				
טיפול משלים _____ אחר _____				

פרוטוקול

התובע נכח בדיון _____ התובע הוזמן ולא הופיע _____ דיון ללא נוכחות התובע _____
בעת הדיון נכח גם: _____ עו"ד: שם _____ מס' רישיון _____
מלווה: שם _____ קרבה _____ ת"ז _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי _____ ת.ז. _____ דרכון _____ רישיון נהיגה _____ אחר _____
האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? _____ לא _____ כן - שם הרופא _____
הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו. _____
_____ הדיון נפסל, הסיבה: _____

המערער _____ ערעור המוסד מתאריך _____ ערעור הנפגע מתאריך _____ פסק דין מיום _____

תלונות התובע _____ ברכות, וקבלה, ואפילו כיף בוחן וטוח, _____
טופסות הפסקות, חתימות, _____
סיפורי שלמות, אפילו, חסדות, אפילו שלמות _____
נכח בפניו, יש אפילו ידון 15 _____

נימוקי הערעור _____
דברי בא כוח הנפגע _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.
שמות הפוסקים הרפואיים: _____
ארסבן אברהם _____
אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית _____ כן _____ לא, הסיבה _____
חתימת התובע _____

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
רחמים אנאקי	57843021	12/09/2019	09/04/2025

6. התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7. ממצאים בבדיקת הוועדה:

כשרת נסוח זמנין מקור 15 הלקח

8. התייחסות לחוות דעת יועץ הוועדה

תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית	החלטת הוועדה
		אחוז	סעיף			
כירורג כף יד	יודקביץ' גנאדי					

9. אבחנות

סוכרת 2 ימין

בשנת ה'תשנ"ח (1997) נבחרה לכהן כחברה
במחלקת המחקר והפיתוח.

דיין בהפעלת ✓ תקנה 15 תקנה 16 (בנכות יציבה) האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? לא כן

הוועדה מבקשת לקבל: _____ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות _____ חוות דעת הרשות

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? לא כן שיעור ההפעלה: 1/4 -ב 1/3 -ב 1/2 -ב

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? לא כן

הנימוקים להחלטה: 28815 ע"פ המחשבות ודף בריש ח' 1125 וסמך אור
כס"ב בריש ח' מחצית אדום חזן 15 ב' 13 יתקן סמך
חזן אפסוזון פיסוק.

הוועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הוועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: לא _____ כן, בעוד _____ שנים. נימוק: _____

האם ניתן למסור דו"ח הוועדה לידי התובע? כן _____ לא _____

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? כן _____ לא _____

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
רחמים אנאקי	57843021	12/09/2019	09/04/2025

14. החלטת הוועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
בישיבה מתאריך 09/04/2025 בקשר לפגיעה מתאריך 12/09/2019

נכות זמנית			
בשיעור		לתקופה	
%	במילים	מיום	עד יום
			סעיף במבחנים

נכות יציבה							
בשיעור		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה	
%	במילים	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%		
20	20%	35				20	
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה : במילים : 20%		נכות משוקללת		20 %			
הגדלה לפי תקנה 15 ב : 1/3		התוספת באחוזים		6.66 %			
דרגת הנכות היציבה מיום 23.11.23 במילים : 27%		באחוזים		27 %			

נכות יציבה נוספת							
בשיעור		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה	
%	במילים	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	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 :		באחוזים		%			

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
רחמים אנאקי	57843021	12/09/2019	09/04/2025

חתימת הפוסקים הרפואיים			
אני מצהיר בזאת כי: א. לא נתתי לפונה חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי. ב. איני הרופא המטפל של הפונה. ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה. ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הפונה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.			
שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
ארסבן אברהם	אורטופד		09/04/2025
אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה ואני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי. תאריך 09/04/2025 שם מזכיר הישיבה בורשטיין איילת חתימה וחותמת			

ד"ר ארסבן אברהם
אורטופד-לונתח
מ.ר. 8588 מ.ר.מ. 7513

13136
מזכיר הישיבה
בורשטיין איילת
מ.ר. 13136

ד"ר משה רותם
מנתח פלסטי
רשיון רופא מסי 18184
אישור מומחה מסי 13136



סלח

תיק: 57843021

דף 1 מתוך 1

לכבוד
רחמים אנאקי
הירדן 8
קריית מלאכי 8302136

801-004-000



תיק: 57843021
כ"ב בניסן, תשפ"ה
20 באפריל 2025

אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית לעררים

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 12/09/19

לידיעתך, ביום 09/04/25 קבעה ועדה רפואית לעררים את דרגת הנכות כדלקמן:

דרגת נכות יציבה בשיעור 27.00% החל מ-23/11/23.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

החלטת הוועדה הרפואית לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה, בשאלת חוק בלבד לבית הדין האזורי לעבודה שמענו: התקווה 5 באר שבע 84893.

את הערעור יש להגיש בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור.

לתשומת ליבך: אם בעתיד תחול החמרה במצבך כתוצאה מהפגיעה בעבודה תהיה רשאי לבקש קביעת מחדש של דרגת נכותך.

מי שנקבעה לו דרגת נכות יציבה בשיעור 10% לפחות עשוי להיות זכאי לשיקום מקצועי.

אם אין ביכולתך לחזור לעבודה הקודמת הינך רשאי/ת לפנות ליחידת השיקום בסניף מגורריך לבדיקת זכאותך.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הוועדה.

בכבוד רב,
דיאנה אמינוב
מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הילל סילבר 7 רמת גן 52100