

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה חודש יום

מוסד 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
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
זיסו אילן מל"ס	935881367	077-6048241
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד
מס' בית	טלפון פקס	
סניף	6713412	077-6048158

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ מכבי _____ נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי החובט

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
כהן	חן	☒ זכר ☐ נקבה	2 0 1 0 4 8 4 5 1

פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
6/1/2025	16:45	זריק בבינה סוג העבודה
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		
כתובת מקום התאונה		
תיאור התאונה		
הזיה כמעט צעק, הזנח רכב וזרם אלקטרי		
האיבר שנפגע		
אצבעות היד ימין, מרפק ואבר כ"ס		

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 14/01/2025 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת

הר-נל
מסמך זה הופק באמצעות מערכת "הר-נל"
פתוחות שר, משרד המשפטים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/250 (06.2020)

מ.ר גורם מפנה



038109



ד"ר ברנשטיין אילנית

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	ת.ז.: 201048451
ת.לידה: 05/11/1989	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0542215980	מיקוד: 7848855
כתובת: ענבר 6/11, אשקלון	0201048451		

תאונת עבודה**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב אייל	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	אוטו גלובל מוביליטי בעמ		
ת. פגיעה 06/01/2025	שעה 16:45	התעסקות בשעת הפגיעה ירד מהאוטובוס בחזרה מהעבודה		
האיבר שנפגע יד ימין, מרפק, ברך	שם הרופא המטפל ד"ר ברנשטיין א'י		נמצא בטיפול מיום 06/01/2025	

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

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
בתאריך 09/01/2025 נרשם:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
בן, 35

מספר כי בתאריך 6.1.25 היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל מול רכב.
נחבל ביד ימין. סובל מכאבים בצוואר יד ימין, תחושת נימול לסירוגין
אובחן שבר במסרק
הושם בגבס קל
===

בדיקה גופנית:

בבדיקתו- המטומה ונפיחות לטרלית בכף היד סביב מסרק. 5. רגישות קלנה במישוש. ללא רגישות עמל בבסיס
4. טיגל שלילי.

בצילום- רושם לשבר ישן ומחוובר בבסיס מסרק, 4. קושי להבין אם השבר בבסיס מסרק 5 ישן או חדש.
לאור הנפיחות והכאב באזור, נתחייס כשבר.
===

מהלך ודיון:

סד גבס

ביקורת אורתופד בעוד חודש ימים עם צילום ביקורת

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

טרם אשקלון

אבחנה:

בתאריך: 06/01/2025

- ELECTRONIC FORMS
- WORK ACCIDENT

הטיפול שניתן על-ידינו: מנוחה, סד גבס
נגד כאבים

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

תאריך: 21/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



038109



טלפון: 03-6476111

המשפחה

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	ת.ז.: 201048451
ת.לדה: 05/11/1989	מין: ז	טל. עבודה/נייד: 0542215980	מיקוד: 7848855
כתובת: ענבר 6/11, אשקלון			
0201048451			

תאונת עבודה

במשך: 45 ימים, היינו מיום: 07/01/2025 עד יום: 20/02/2025 (בכלל)

21/01/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

שטח חתום
05/11/1989
מסמך אושר דיגיטלית
מכבי

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.