



תאריך מילוי הטופס

18/11/2025

יום חודש שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום חודש שנה

בקשה למתן טיפול רפואי  
לנפגע עבודה - עצמאי  
אל קופ"ח/ביה"ח

1 תאריך הפגיעה

03/11/2025

יום חודש שנה

2 פרטי התובע

שם משפחה: ש.מ.ח.

שם פרטי: א.כ.ר.

ת.ז.: 054765334

תאריך לידה: 10/4/06

יום חודש שנה

מין: ☒ זכר ☐ נקבה

כתובת:

|                |         |       |      |          |       |
|----------------|---------|-------|------|----------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב    | מיקוד |
| מ.ה. 5         | 5       |       |      | ע.מ.א.ל. |       |

טלפון קווי: 1035327858

טלפון נייד: 10151053428161

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 03.11.25 בשעה 16:32 כאשר עבדתי ב...  
סוג העבודה: ...

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

כתובת מקום התאונה: ...

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה: ...  
...  
האיבר שנפגע: ...

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.  
ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי - קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.  
שם המבקש: ... חתימה: X

5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

□ □ □ □ □ □ □ □



תשובה: תשובה התקבלה בתקשורת

אריך שליחת תשובה: 10/11/2025  
זמן שליחת תשובה: 13:04  
תאריך הבדיקה: 10/11/2025  
תחום: אורטופדיה  
שם הרופא: ד"ר זיו הלר  
37346 רישיון רופא:  
בית החולים / מרפאה: מרכז מומחים לרפואה יועצת - הרצליה  
סוג התשובה: סיכום ביקור  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
סיווג חשיבות: רגילה  
מהות הביקור: רגיל  
תלונות: בן 68.

ידוע מעברו (2018) על Lt supraspinatus tear, לדבריו, כאבים חלפו עם הזמן מאליהם.  
בעבר טופל בהזרקת סטרואידים לכתף זו.  
לדבריו, ב-3.11.25 נפל מסולם נחבל בכתף שמאל.  
נבדק וצולם בבי"ח בלינסון, לא זוהה שבר.  
הופנה בהמשך לביצוע US - חזר עם הפענוח.  
מציין שיפור הדרגתי בכאבים בכתף.  
מציין גם שנחבל בכף יד שמאל.

בדיקה גופנית: בבדיקה:  
כתף שמאל - ללא דפורמאציה.  
הגבלה בטווחי תנועה אקטיביים של הכתף בעיקר ב-abduction.  
ללא חסך NV ביד.

בדיקה מפורטת

| שם בדיקה מפורטת | פירוט הבדיקה                                                                                    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תוצאות הדמיה    | US כתף שמאל - 5.11.25 - פענוח ד"ר פילשטינסקי:<br>הודגם קרע חלקי כ-0.9cm ב-supraspinatus tendon. |

אבחנות ביעוץ

| קוד  | אבחנה                 | אפיפון        |
|------|-----------------------|---------------|
| 7261 | ROTATOR CUFF SYNDROME | Lt SS partial |

הפניות ביעוץ

| הפניות            | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|-------------------|----------------------------|-----|-------|
| הפניה לפיזיותרפיה | 80074-טיפול פיזיותרפי פרט  | H9  | הודפס |
| הפניה לדימות      | 78016-צילום שורש כף יד נוי | H3  | הודפס |

סיכום והמלצות: מופנה לפיזיותרפיה לכתף שמאל  
צילומי ביקורת שורש כף יד וכתף שמאל וביקורת חוזרת במרפאתנו בשבוע הבא.

תאריך: 18/11/2025

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

|              |                 |             |              |             |          |             |              |   |
|--------------|-----------------|-------------|--------------|-------------|----------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | שם עופר דגן | מס זהות:     | 00054765334 | גיל:     | 68.06       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 04/06/1957      | ישוב:       | גבעת שמואל   | רחוב:       | מוטה גור | טלפון נוסף: | 50 - 5919641 |   |
| מס בית:      | 5               | טלפון:      | 50 - 5342861 |             |          |             |              |   |

תאריך תאונה: 03/11/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

עצמאי

שם המעביד וכתובת:

ראה מיון 3.11.25

תאור התאונה:

אבחנות

| קוד   | אבחנה                        | איפיון         |
|-------|------------------------------|----------------|
| 7261  | ROTATOR CUFF SYNDROME        | LT SSpart.tear |
| E888  | FALL                         |                |
| L08   | SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS | lt             |
| 92300 | CONTUSION SHOULDER           | lt             |

הטיפול שניתן:

מעקב אורטופד

הערות:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:**

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |        |              |
|-----------------|-------------------|--------|--------------|
| מיום 03/11/2025 | עד יום 30/11/2025 | (בכלל) | סה"כ 28 ימים |
| 18/11/2025      | 18/11/2025        |        |              |

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

הגבעה

ד"ר ליאורה ארונסון \*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד