



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 21
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף תביעות עבודה

א.ג.נ שלום רב,

הנפגע: עופר דגן שמחי, ת.ז. 054765334
תאונה מיום 3.11.2025

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ומסמכים רלוונטיים.
2. כן, מצ"ב טופס יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

לכבוד רב ובב"ח,
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

0 1 0 1										מס' זהות / דרכון סוג המסמך	דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------	------	------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
עמנואל	דניאל	054765334
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
0353278158	0505314286	OFERD@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. לידעתי, אם לא סימנתי "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
מנחם בגין 10	5			גבעתיים	

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

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
מנחם בגין 10	5			גבעתיים	

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס
0353278158	0505314286	

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק
דניאל עמנואל	מכירת חקלאות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
מנחם בגין 10	5			גבעתיים	

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס
0353278158	0505314286	

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שב"ס ☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
17:00	3.11.25	16:35	שני	15/11/2025
היכן אירעה הפגיעה? ☒ במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין בתאונות בדרכי: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____				
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____ שם כרטיס 308 קופסאות סליס קפה ואלצמי				
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	
15/11				

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
הרופא הראשון / שירות רפואי	נפילת אדם על העץ	כף יד ימנית
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
מחלקת פנימיים	18 יום	20.10.2025
שם	שעה	יום
שם	שעה	יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☐ לא ☒ כן, פרט ממה סבלת ומתי

היה קשה לך ללכת ולעמוד

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ד"ר יואל / אקלר	א/ר טראומה	פנימי - תל אביב	03-9377011

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 _____

כתובת _____ 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 _____

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
 א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☒		מתאריך <u>03/11/2025</u> עד תאריך <u>30/11/2025</u> שנה חודש יום שנה חודש יום	
עד שעה <u>15:45</u> משעה <u>10:00</u>	עד תאריך <u>30/11/2025</u> שנה חודש יום	מתאריך <u>03/11/2025</u> שנה חודש יום	שהייתי בעסק / בעבודתי ☒
עד שעה <u> </u> משעה <u> </u>	עד תאריך <u> </u> שנה חודש יום	מתאריך <u> </u> שנה חודש יום	

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:
 משעה עד שעה: ☐
 עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה *

054768337

נא ציין את מספר תעודת זהות

פרטי חשבון הבנק של התובע				9
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:				
שמות בעלי החשבון				
שם הבנק				
שם הסניף / כתובתו				
מס' סניף				
מספר חשבון				
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☒ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון 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. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 מתחייבת 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 ו/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 בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין. 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: 22.10.25 חתימת התובע: 			
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____			

054765334

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
_____	_____		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
_____	_____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לחקופה	סכום
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	שם התשלום _____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: FEADAGAY61957@GMAIL.COM חתימה וחומתם: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 22-12-25 שם ותפקיד החותם: _____

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 22.12.25 תפקיד החותם קצ'ס שם החותם אורי מילר חתימה וחותמת * 16.1

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 3.11.25 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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * 18
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 054765334	תאריך הפגיעה 25/11/2018 שנה חודש יום
שם משפחה שחף	שם פרטי מר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 22.12.25 חתימת המבוטח * [Signature]

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-20:46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ות אחרא/ית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

ת. לידה: 04/06/1957

ת. זהות: 5476533-4

מין: זכר
גיל: 68

שם משפחה: שמחי

שם פרטי: עופר דגן

כתובת:

מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205

טלפון: 0505919641

תאריך קבלה: 03/11/2025 18:05
מספר קבלה: 2862793501

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: חבלה

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אזרח

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
Fall - accidental	E8889			✓			

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת ראש

סיבות נוספות: חבלת כתף

הערות: נפל מסולם

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

דשק

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

קאב	סטורציה	לחץ דם	דופק	תאריך ושעה
		150/82		18:16 03/11/2025
3	97		61	18:15 03/11/2025

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' סילפן מאי מ.ר. 180138, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 19:28 03/11/2025

דיווח / דיון: בן 75

רקע כמתואר

ביום קבלתו חבלה ישירה על כף יד שמאל וכתף שמאל

בבדיקתו - נפיחות כף יד שמאל, ללא רגישות סנאפבוקס, ללא רגישות מסרקים, רגישות בשורש כף יד, ללא הגבלה אקסטנציה כיפוף

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י ד"ר ריאן אחמד ב-20:46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחק מ.ר. 88637
אח/ת אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: שמחי	
שם פרטי:	עופר דגן
כתובת:	מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205
טלפון:	0505919641
ת. לידה:	04/06/1957
ת. זהות:	5476533-4
מין:	זכר
גיל:	68

שכי
כתף שמאל - סימן סולקוס שלילי, טווח FF 0-80, ללא רגישות ב-IR ER, ללא רגישות ACJ / CLAVICLE / GT / SPINOUS
PROCESS
כוח גס RUM 5/5, רדיאלינומוש
בצילום - ללא ממצא גרמי חריף
משוחרר אורתופדי עם ההמלצות

#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#ש לבצע US כתף שמאל בשאלה של קרעי RC
#פיזיותרפיה - הפעלה מלאה לפי סף כאב
#נגד כאבים לפי הצורך. (ניתן לקחת אופטלגין אחד גרם שלוש פעמים ביום בשילוב אקמול באותו מינון).
#חימום ועיסוי מקומי.
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה יש לפנות לרופא.

נרשם ע"י: ד"ר ריאן אחמד מ.ר. 164634, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 20:45 03/11/2025

דיווח / דיון: בן 68
ללא טיפול בדילול דם
עלה על סולם לפני כ-4 שעות, ואז נפל נחבל בראשו, כתף שמאל ויד שמאל.
ללא אובדן הכרה ללא כאבים בחזה.
בבדיקת רגישות מינמלית בכף יד שמאל.
סיטי מח ללא ממצא
שוחרר אורתופדי

ישוחרר

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#ש לבצע US כתף שמאל בשאלה של קרעי RC
#פיזיותרפיה - הפעלה מלאה לפי סף כאב
#נגד כאבים לפי הצורך. (ניתן לקחת אופטלגין אחד גרם שלוש פעמים ביום בשילוב אקמול באותו מינון).
#חימום ועיסוי מקומי.
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה יש לפנות לרופא.

סטטוס מטופל בשחרור

בהכרה, צלול

רופא אחראי

רופא: ד"ר ריאן אחמד מ.ר. 164634

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-20:46 03/11/2025

מלרד - אגף מהלכים
מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637
אח/ת אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: שמחי	שם פרטי: עופר דגן
ת. לידה: 04/06/1957	כתובת: מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205
ת. זהות: 5476533-4	טלפון: 0505919641
מין: זכר	
גיל: 68	

נחתם ע"י: דר' ריאן אחמד מ.ר. 164634

חתימה:

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' ריאן אחמד 20:46 03/11/2025
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.
חיוני אישי

מסמכים נלווים
חתימה דיגיטלית
רופא מטפל : דר' ריאן אחמד
רשיון: 164634

חתימה דיגיטלית:

סרקו את הקוד על מנת לצפות בבדיקות ובמכתבי השחרור





מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ריאן אחמד ב-03/11/2025 20:46

מלרד - אגף מהלכים

מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637

אח/ות אחרא/ית: נחמי בקר

טלפון: 03-9377011

פקס: 03-9222173

ת. לידה: 04/06/1957

ת. זהות: 5476533-4

מין: זכר

גיל: 68

מוטה גור, גבעת שמואל, 5442205

0505919641

שם משפחה: שמחי

שם פרטי: עופר דגן

כתובת:

טלפון:



שם הרופא: ד"ר ליאורה ארונסון
תחום: מומחית ברפואת משפחה
כתובת: מנחם בגין 38 - גבעת שמואל
מספר רשיון: 25964
טלפון: 03-5310760
פקס: 03-5310761
מחוז: דן-פ"ת
הגבעה: 5

תאריך: 18/11/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם: שמחי עופר דגן	מס זהות: 00054765334	גיל: 68.06	מין: ז
ת.לידה: 04/06/1957	ישו: גבעת שמואל	רחוב: מוטה גור	טלפון נוסף: 50-5919641	מספר רשיון: 35966041336	תז נבדק: 54765334
מס בית: 5	טלפון: 50-5342861	מספר הפניה: 035966041336	גורם שולח: 5966	מספר רשיון: 025964	תז נבדק: 54765334

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	שירות רפואי

ROTATOR CUFF SYNDROME

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות / סיבת הפניה מתאריך 09/11/2025

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 04/11/2025

מיון 3.11 נפל מסולם

בסיכום מבית חולים בלינסון מומלץ לפנות לUS כתף בשאלה קרעי RC

"ביום קבלתו חבלה ישירה על כף יד שמאל וכתף שמאל

בבדיקתו נפוחות כף יד שמאל, ללא רגישות סנאפבוקס, ללא רגישות מסרקים,

רגישות בשורש כף יד, ללא הגבלה אקסטנציה כיפוף

שכי כתף שמאל סימן סולקוס שלילי, טווח, FF 080 ללא רגישות ב, ER ללא

רגישות ACJ / CLAVICLE / GT / SPINOUS PROCESS

כוח גס, 5/5 RUM אילינמוש. בצילום ללא ממצא גרמי חריף"

09/11/2025

תאונה אישית בבית

הודעה על תוצאות כתף שמאל US

"0.9 מ"מ: הודגם קרע חלקי Tendon Supraspinatus + כמות קטנה של נוזל

סביב"

ידוע קרע מ2020

18/11/2025

כאבי זרוע וכתף שמאל

טרם תור לPT

המלצת אורטופד מ10.11 להתחיל PT בהקדם

25.88 bmi 09/11/2025 82 משקל 09/11/2025 176 גובה

18/11/2025 138 / 83 לחץ דם

18/11/2025 60 דופק

סימנים חיוניים:

23/06/2025 מתאריך 76.96 eGFR

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS
14/03/2022	RT ת.ע.	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
22/03/2024		HYPERCHOLESTEROLEMIA
15/04/2024		VOCAL CORD POLYP

תרופות קבועות

7 ה.ר. 0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00054765334

שמחי עופר דגן

מספר רשיון: 25964

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ESOMEPRAZOLE TAB 20MG 20MG 1	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים הגבלה בהרמת יד שמאל עד 90 מעלות
 ד"ר ליאורה ארונסון
 שם הרופא מספר רשיון 25964
 נחתם דיגיטלית
 חתימה וחותמת הרופא
 בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

ס.ה.ר 7

דף 2

18/11/2025

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00054765334

הפניה למכון פיזיותרפיה

שמחי עופר דגן

נסק על אזהרות

תאריך: 07/01/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם: שמחי עופר דגן
ת.לדה: 04/06/1957	ישוב: גבעת שמואל	מס זהות: 00054765334
מס בית: 5	טלפון: 50 - 5342861	רחוב: מוטה גור
		טלפון נוסף: 50 - 5919641

03/11/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 07/01/2026

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 03/11/2025

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/12/2025:

כאבי כתף שמאל לאחר שנפל מסולם ליפני חודש וחצי סוגר קרע חלקי SSP נבדק במיון צילום תקין 07/01/2026 החל פיזיותרפיה. סוגר כתף שמאל מה 11/25 - קרע חלקי 0.9"מ SSP. צ. כתף שמאל מה 11/25 - אר"ש.

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 15/12/2025: כתף ללא מגבלה בהנעת מטוטלת ללא רגישות במשמש מגבלה באבדוקציה סיבוב חיצוני ופנימי JOB - ניר חיובי רגישות מעל האינסרציה של הסופרא ספינטוס ללא אודם או נפיחות ללא רגישות ACJ 07/01/2026 רגישות למישוש SSP, טווחים: FF אקטיבי 130, אבדוקציה 110, סיבוב פנימי וחיצוני מלאים, JOBE חיובי, BELLYPRESS שלילי, GERBER שלילי, מבחני ביצפס שליליים.

קוד	איפיון	אבחנה
7261		ROTATOR CUFF SYNDROME
		partial ssp tear lt

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 15/12/2025: הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 07/01/2026

תרופות

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	נ	ק	מ	P
ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG	1	TAB	טבליות	3	D	10	30	יחידה	N	1	L	

סיכום והמלצות: המשך פיזיותרפיה - לשיפור כאבים וחזוק שרירים, תרגילי חיזוק כולל גומיה מול מראה!!!, חיזוק דפרטורים של השכם ושיפור היציבה.

בברכה,

נחתם דיגיטלית

84237

ד"ר פנחס סגל

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך: 07/01/2026

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם שחיי עופר דגן	מס זהות:	00054765334	גיל:	68.07	מין:	ז
ת.לידה:	04/06/1957	ישוב:	גבעת שמואל	רחוב:	מוטה גור	טלפון נוסף:	50 - 5919641	
מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861					

סוג תאונה:

2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 03/11/2025

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		partial ssp tear lt

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊗ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/12/2025 עד יום 15/01/2026 (בכלל) סה"כ 46 ימים
07/01/2026 07/01/2026

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מרכז רפואי המושבה יועצת

ד"ר פנחס סגל **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה שלחי שם פרטי על תעודת זהות 05476533 י"ח י"א
 מס' 5 עיר תל אביב מיקוד 0505342861 טלפון 0505342861
 רחוב רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: ל"א סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 11.1.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

אני מאשר כי הינני, עו"ד
 מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 054761334 / 83 / סמח' א' ה' ג' ד' 5 אגדת' יטבת' יטבת'
 ת.ז. מס' 054761334, מרחוב אריאל פרייברג / אור לחיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג / אור לחיות באי כוחי במשפט של
054761334 / 83 / סמח' א' ה' ג' ד' 5 אגדת' יטבת' יטבת'
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבודות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11.1.26 לחודש 01 שנה 2026

X פ.א. חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד פ.א.
מ.ר. 62254