



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 14
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 16/11/2025
הנפגע: אבירם גרינבלט, ת"ז 200328367
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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

עמוד 1 מתוך 8

36732800

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה: אריאלי

שם פרטי: אריאלי

טלפון קו: 052222982

טלפון נייד: 052222982

דואר אלקטרוני: Arirang@gmail.com

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 20101328367

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלים 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. לידעך, אם לא סימנת "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	יישוב	מיקוד
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אגף מלא סעיף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם ומעסיק/מפעל: _____

רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____ יישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון קו: _____ טלפון נייד: _____

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

האם יש קרבה משפחתית בין 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: _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קו: _____ טלפון נייד: _____

2א' פרטי מקום ועבודה -- כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שבי"ט ☐ אחר

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

אם הוגשה על ידך תביעה ובדיחתה, בא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: שנה 2015 חודש 11 יום 16

היום בשבוע: א'

שעת הפגיעה: 06:45

תאריך הפסקת עבודה: 16/11/15

שעת הפסקת עבודה: 06:45

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונות בדרכו, וא פרט את מסלול דרכו לעבודה או לביתו או ליעד אחר

בדרך לעבודה: ☒ בדרך לביתו: ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) א/ר 33, רח' ז'ל

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) מסלול רח' ז'ל, רח' ז'ל

תיאור הפגיעה: כיצד וגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). וא פרט במלך (מסלול)

נכחתי אירוע מואד ורכב בתחילת כל כביש קריית ונצרי

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן פרט: שם כתובת מספר טלפון

שם כתובת מספר טלפון

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: שנה 2015 חודש 11 יום 16

שם מקבל ההודעה: מ. חזן

תפקיד: מנהל מנהל

טלפון: 0506218427

4

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים		

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5

סייע 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 _____ כתובתו _____ 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:

☒ מהלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2025	11	23	2025	11	16
משעה			עד תאריך		
עד שעה			שנה		
			חודש		
			יום		

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 24/11/25 ☐ סרתי חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה ימי 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 כתובות)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה

חתימה X

פרטי חשבון הבנק של החובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
מזכירות	מזכירות	668	25870

לחבר קיבוץ או איש שיתופי: ☐ אבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

פטור נזמים הכנסה - יש לצרף אישורי זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ ענור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת החובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחים 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 בנספחים, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שרובן 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 ינסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבית הדין, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל לא יטוב מעצמו לנסור 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 יודענו 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 אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בהנחה להונחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר - הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע היום הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nloi.gov.il. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעתי זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 14/12/25 חתימת החובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות קרבה לחובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לחובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסטרופוסות, פסק דין או יותר סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרטי שם העד לחתימה ת.ז.

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 בו: _____

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד התובע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

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 ניכיים 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, הפרשים 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	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל ☐ כן

☐ 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 לבחור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3 פריטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)
☒ כן ☐ לא מספר הימים שיופדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 7223

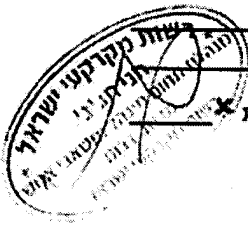
- ☐ לא ☐ העובד ביצע את כל ימי הדיכוסים לזכותו
☐ לא העובד ימ דמי
☐ אחר
☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לרמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אני החתום/ת מטה מאשר/ת כי הפריטים מספר העובד ומספרו זינו נכונים לתי מיטב ידיעתם.
 אני מאשר/ת כי התובע המסק על ידו כחולל בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש יך הסתייגות בעיין הפגיעה יש לפרט כאן _____



תאריך: 23/11/25 חתום: ח חתומה וחותרת: _____ שם החותם: _____

5 פריטים משלימים למעסיק מרשה/מאשר

☐ העובד זכאי לעבוד כשומר ללא תוספת תשלום

העסיק בעתה ללא תקנה 22

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 16/11/25 עד תאריך 23/11/25

ושילחנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ הקובץ אינו נכלל עם העובדים שבעברם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

העסיק באמצעות לסי סעיף 1343

☐ אני מאשר/ת מאשר לסי סעיף 1343 בסמך הישן

קובץ:

☐ הנפיק דבר קיבוץ מ פיון מסמך מסמך

☐ הנפיק אינו דבר קיבוץ - מופיע בסמך מסמך

מחלקת שוכר
רשות מקרקעי ישראל
 (מרשה/ת מאשר לסי סעיף 1343 בסמך הישן)

חתימת המעסיק וחותרת

מס' זהות									
16 סוג המסמך									
דפים לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה - 08.01.2026

פרטי המעסיק:

1

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
משרד ממשלת ישראל	94185721100

פרטי העובד:

2

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד	מספר זהות
גרינבלט	אברהם אבירם	00465032	200328367

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2025

3

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ימים/שעות	פירוט הבסיס* (חודשי/ימים/שעות)
ינואר	15,982.19	670.44	679.51	1,349.95	100.00	חודשי	31.00
פברואר	14,781.16	586.37	618.26	1,204.63	100.00	חודשי	28.00
מרץ	28,662.61	1,558.07	1,335.93	2,894.00	100.00	חודשי	31.00
אפריל	15,912.98	665.60	676.77	1,342.37	100.00	חודשי	30.00
מאי	13,280.95	481.36	540.70	1,022.06	100.00	חודשי	31.00
יוני	17,023.32	743.32	734.18	1,477.50	100.00	חודשי	30.00
יולי	13,477.14	495.09	550.84	1,045.93	100.00	חודשי	31.00
אוגוסט	16,650.10	717.20	714.88	1,432.08	100.00	חודשי	31.00
ספטמבר	13,022.35	463.25	527.33	990.58	100.00	חודשי	30.00
אוקטובר	12,499.94	426.69	500.32	927.01	100.00	חודשי	31.00
נובמבר	14,623.98	575.37	610.13	1,185.50	100.00	חודשי	30.00
דצמבר	15,572.01	641.73	659.15	1,300.88	100.00	חודשי	31.00

המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.

המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

* מספר ימים/שעות - נתון המסכם את סה"כ ימים/שעות העבודה בחודש כולל ימים/שעות חופשה.

מחלקת שכר
רשות מקרקעי ישראל
חתימה וחותמת מעסיק

מלם שכר בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות

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 <u>200328367</u>	תאריך הפגיעה שנה <u>2025</u> חודש <u>11</u> יום <u>16</u>
שם משפחה <u>ארינצ'י</u>	שם פרטי <u>אברהם אהרן</u>	
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 אודותי.

תאריך 14/12/25 חתימת המבוטח _____ x

הופק ע"י דר' אבו חרמה אדיר 08:49 16/11/2025

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: גרינבלט שם פרטי: אברהם אבירם כתובת: אלישע 39 באר שבע 8433306 טלפון: 0502222982 סוג דם: גורם מממן: דן, פתח-תקוה	תאריך לידה: 17/02/1988 תעודת זהות: 20032836-7 מין: זכר גיל: 37 שם האב: משה דוד	מנהל המלרד "ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 07:25 16/11/2025 מספר ביקור: 2529947101 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA)	E8199			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

תאונת דרכים

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

VAS	חום PO	סטורציה באוויר חדר	לחץ דם	דופק	תאריך ושעה
4					08:26 16/11/2025
	36.4	100	152/94	77	07:36 16/11/2025
7					07:35 16/11/2025

מהלך ודין

נרשם ע"י דר' אבו חרמה אדיר מ.ר. 158601, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 08:12 16/11/2025

דיווח / דיון: בן 37 ברא"כ

היום היה מעורב בתאונת דרכים בדרכו לעבודה

מלין על קושי בנישמה וכאבים בחזה, שריפה ברגליים, כאב בצוואר ובגב

בבדיקתו

בבדיקה: בהכרה מלאה, GCS – 15, יציב המודינמית ונשימתית.

ראש – ללא דפורמציה או רגישות, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, לוע ללא פציעה.

צוואר וגב – ללא סימני חבלה, ללא רגישות גרמית או הפרעה בתנועה.

חזה: ללא דפורמציות או רגישות, התפשטות סימטרית, כניסת אוויר שווה ללא חרחורים או צפצופים.

לב: קולות סדירים, ללא אוושות.

הופק ע"י דר' אבו חרמה אדיר 16/11/2025 08:49

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: גרינבלט שם פרטי: אברהם אבירם כתובת: אלישע 39 באר שבע 8433306 טלפון: 0502222982 סוג דם: גורם מממן: דן, פתח-תקוה	תאריך לידה: 17/02/1988 תעודת זהות: 20032836-7 מין: זכר גיל: 37 שם האב: משה דוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 07:25 16/11/2025 מספר ביקור: 2529947101 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

בטן: ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות, ללא עדות לגירוי צפקי.
אגן: יציב
גפיים: ללא סימני חבלה או דפורמציות, מזיז חופשי 4 גפיים, כוח גס תקין, תחושה שמורה.
אקג קצב סינוס ללא סמני אסכימה חריפה
בוצע POCUS ללא נוזל פריקאדלי
צילומים ללא עדות למצצא גרמי חריג

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	16/11/2025 07:57 בירוקוב מרינה מ.ר. 177808	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral
Drug Dosage: 75 mg	INJ	16/11/2025 08:25	Once Rate from nurse:0	ABITREN INJ 75 mg	IntraMuscular

המלצות

המלצה: המשך מעקב וטיפול רופא מטפל
נגד כאבים
רפאוה שלמה
חופשת מחלה: 7 ימים.

רופא אחראי

רופא: דר' אבו חרמה אדיר מ.ר. 158601

סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי
דר' אבו חרמה אדיר
רופא מומחה גינקולוגיה ונשים
מ"ר 158601-158602

חתימה:

מ.ר.מ: 51241

נחתם ע"י: דר' אבו חרמה אדיר מ.ר. 158601



שם הרופא	ד"ר אינה דוידוביץ'	מספר רשיון	29551
תחום	רפואת משפחה	טלפון	03-6713500
כתובת	האם, 18	פקס	03-6713501
מרפאה	נווה יהושע - רמת גן	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 25/11/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:				
שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל: 37.09 מין: ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:
מס בית:	39 / 1	טלפון:	50 - 2222982	טלפון נוסף:
			50 - 2222982	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
שם המעביד וכתובת: רשות מקרקעי ישראל
תאור התאונה: תעונת דרכים בדרך לעבודה
היכן קיבל טיפול קודם: בית חולים סורוקה
הממצאים הקליניים: כאבי ראש צוואר

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
8470	WHIPLASH INJURY	
7840	HEADACHE	
3883	TINNITUS	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 16/11/2025	עד יום 23/11/2025 (בכלל)	סה"כ 8 ימים
25/11/2025	25/11/2025	

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

נווה יהושע - רמת גן

ד"ר אינה דוידוביץ' **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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)

<u>שם משפחה</u> <u>גלר</u>	<u>שם פרטי</u> <u>אברהם גלר</u>	<u>תעודת זהות</u> <u>200328367</u>	<u>שם האב</u> <u>0502222987</u>
<u>רחוב</u> <u>10/1</u>	<u>מס'</u> <u>39</u>	<u>עיר</u> <u>אשדוד</u>	<u>מיקוד</u> <u>0502222987</u>
<u>טלפון</u>			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 14/12/22 עד לחתימה ע"י אריאל פריינד (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מס' רשיון: 62254

ע"י אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, אריאל פרייברג

ת.ז.ח.פ. מס' 200328567, מרחוב אליש-39 גא 828

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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 ו/או מתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם 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 14 לחודש 12 שנה 2025

ע"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 2254

חתימה: X
הנני מאשר את חתימת מרשמי הנ"ל

כ"ה

עורך-דין