



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**בדוא"ל**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

ינואר 2026 1  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
**באמצעות דוא"ל**

ח"נ שלום רב,

**הנדון: אליאור כהן, ת"ז 26556589**  
**פוליסה שמספרה: 232380/8**

הנני מייצג את מרשי המבוטח שבנדון והריני מתכבד לפנות ולפרט כדלקמן:

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה בתאריך 14.11.2023 (להלן: "**התאונה**").  
רצ"ב אישור משטרה, מסומן "1".
2. לאחר התאונה טופל מרשי במוקד טרם לרפואה דחופה שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב.
3. מרשי המשיך במעקב הרפואי ונותר עם כאבים והגבלה בתנועות.  
רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות "2".
4. ועדה רפואית מטעם המוסד לביטוח לאומי קבעה את נכותו בשיעור 5% לצמיתות (4.94%).  
רצ"ב פרוטוקול והחלטת המל"ל, מסומנות "3".
5. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, לפיצוי בגין נכות מתאונה.
6. אודה עבור טיפולכם המסור והעברת התשלום לפקודת **אריאל פרייברג, עו"ד**.  
\*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |            |          |      |
|----------|------------|----------|------|
| 26556589 | אליאור     | כהן      |      |
| שם האב   | שם פרטי    | שם משפחה | רחוב |
| שם האב   | תעודת זהות | מס'      | עיר  |
| טלפון    | מיקוד      |          |      |

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 11.9.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

**יפוי כח**  
הריני מייפה את כוחו של: \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

|       |                   |       |
|-------|-------------------|-------|
| תאריך | שם פרטי ושם משפחה | חתימה |
|-------|-------------------|-------|

## י פ ו י כ ה

אני הח"מ, אליאור כהן  
ת.ז. מס' 26556589, מרחוב 26/14,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד  
בענין תאונת דרכים מיום 14/11/23 מבלי לפגוע בכלליות המינוי  
הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי 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, 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 בהעדרי.
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 ולחופיע 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, 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.

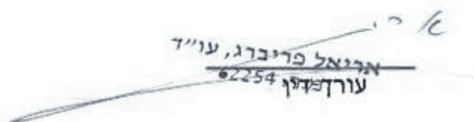
### ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 9 שנה 2024

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



  
אריאל פרייברג, עו"ד  
עורך דין 2254

נספח 1 :

אישור משטרה





מעורבים ברכב

| שיוך המעורב | ת.ז.     | שם מלא     | שנת לידה   | כתובת                      | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה |
|-------------|----------|------------|------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| בעל רכב     | 26556589 | כהן אליאור | 27/06/1986 | פתח תקווה, בן צבי יצחק, 28 |                   |              |

פרטי הולכי רגל

| שיוך המעורב | ת.ז. | שם מלא | שנת לידה | כתובת | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה |
|-------------|------|--------|----------|-------|-------------------|--------------|
|             |      |        |          |       |                   |              |

כמות נפגעים

| כמות נפגעים | מצב התיק | מתאריך     |
|-------------|----------|------------|
| 0           | בחקירה   | 15/11/2023 |

פרטי המטפל בתיק

| מ"א     | שם משפחה | שם פרטי |
|---------|----------|---------|
| 1760446 | תמיר     | מתי     |

פרטי השוטר המוסר



| מספר אישי | שם פרטי | שם משפחה | דרגה | תפקיד |
|-----------|---------|----------|------|-------|
| 1760446   | מתי     | תמיר     | רסמ  | רשם   |

לח"י תמיר

מקום שרות

חתימה  
15/11/2023 11:02

שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז

נספח 2 :

## תעודות רפואיות



רוטשילד 182. פתח תקוה טל: 1599-520-520

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!  
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520  
www.terem.com

|                                                  |                    |                                |                      |                                         |
|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| תלונה:<br>כאבי גב וצוואר לאחר<br>תאונה. פרוט:אחר | תיק מס':<br>192604 | Discharge Chart    גליון שחרור | ביקור מס':<br>246259 | תאריך ביקור<br>Date<br>16:59 14/11/2023 |
|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|

**במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!**

|                                               |                                           |                                                                          |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>דר. חוסן חאג יחיא ח | שם: אליאור כהן : Name<br>תז: 026556589 ID | נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור<br>לשם מעקב תקין<br>קופה: כללית |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

סיכום הביקור:



טל נייד: 0522209027 אימייל: אין

**Whiplash, Back pain**

Pulse: 55, TempC: 36 , O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)

Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months

## Injury/Pain Exam:

**SPINE** : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Staight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal,NOT Urinary retention,NOT Stool Incontinence

הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בן 37

היה מעורב בתאונת דרכים

היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה.

היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר

ללא חבלה בראש או במקום אחר.

מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון

כאבים מחמירים בתזוזה

===

בדיקה גופנית:

במצב כללי טוב, אינו במצוקה כללית או נשמתית.

GCS 15

מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ, קרניאלים שמורים, צרברליים שמורים

גב:

ללא סימן חבלה

רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7), ללא רגישות ב"ש צווארי

כאבים מופקים בשינוי תנוחה.

↑

בין רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, נייע תקין

כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים.

===

מהלך ודיון:

תשובת רנטגנולוג:

עמוד שדרה גבי &lt;&lt;&lt;&lt;

לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתיים שמורים

חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023

WHIPLASH INJURY

MSK PAIN

המלצות:

משככי כאבים

מעקב אורטופד

בכל החמרה לפנות לעזרה רפואית

יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה גבי &lt;&lt;&lt;

פענוח רדיולוג: לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתיים שמורים

חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023 17:33

ראה צילומים

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

\* Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #:10 (Ten) tablet

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

## Special instructions and recommendations on discharge

## הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

נבדקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול. הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שייתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו. הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנא הקפד למלא אחר הוראות הרופא יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות. במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

כאב בגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעיתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב. ניתן להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

יש לחזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מופיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

## מעקב עם אורטופד בעוד 3 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. חוסן חאג' יחיא ח מ.ר. 164125



מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

246259

RR

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----


☐  
☐  
☐  
☐


1-164125  
1-164125  
1-164125

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

TEREM Petach Tikva 182 Rothschild ST  
phone טל: 1599-520-520



טל: 182 פתח תקוה  
1599-520-520

תאריך: 14/11/2023 #ביקור: 246259 #תיק: 192604 עה: 16:59

| חדר | קופ"ח כללית<br>רפא/מסנה/הקבוע<br>ללא | שם                                     | RR       | %SaO2 | חום     |
|-----|--------------------------------------|----------------------------------------|----------|-------|---------|
|     |                                      | אליאור כהן                             |          | 97%   |         |
|     |                                      | חז 026556589 מין ז גיל 37 שנים 5 חדשים |          |       |         |
|     |                                      | כתובת: לעדא חיים 16                    | לח"ד B/P |       | דופק/P  |
|     |                                      | נ"ד 0622209027                         | 120/65   |       | 55 סדיר |
|     | אחר כאבי גב וצוואר<br>לאחר תאונה     | טל' בית                                |          |       |         |

IC 621844 28/10/17 Pain in joint,  
nonspecific  
IC 369397 10/05/17 Traffic  
Accident, XR  
IC 286586 15/11/14 Otitis media  
IC 154682 04/05/13 Contusion of  
ankle, XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

## UBP PAP

17:01:31  
טליה חדר

Allergies: NONE

In TEREM: Paracetamol  
PO as tablet 1000

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מציין / טוב / יציב / החמיר

הביטח ומעקב בקופ"ח

ליבו חולים

מנו באמבולנס

הפנה לרוממה

חתימת חולה: רופא

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין  
אני מאשר שמסמרי הטלפון אוי-פיל  
שמסמרי פעילים, ודרכם ניתן ליצור אימי  
קשה לצורך פטורות רפואיות ממחוקר (אך  
וכתתי לסרב) ושחרורם המטפל שצוין  
לשיל אכן רפא בקופה

חתימת חולה:



מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל

ע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

רשת מרכזים לרפואה דחופה  
Emergency Medical Centers



תאריך: 14/11/2023 16:59

שם המטופל אליאור כהן

לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

**www.teremi.com**

יש להזין את הנתונים הבאים:

עמוד שדרה גבי

מספר ביקור 246 259

מספר תיק 192604

ת.ז. \*\*\*\*\*589

סניף פתח תקוה





הקפד לשמור דף זה.  
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.  
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות  
בצילומים / אולטרסאונד ובתוצאות בדיקות



\*קיימת אפשרות להגדיל, לשנות בהירות, לסובב וכד' את  
הצילומים בזמן צפייה

**נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת**  
**מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית**



**זמינות מיידית!**

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש  
www.terem.com 1599-520-520



רוטשילד 182. פתח תקוה  
טל: 1599-520-520

רשת מרכזים לרפואה דחופה  
Emergency Medical Centers



לכבוד אליאור כהן: TO

תז ID#: 026556589 מס' תיק Patient #: 192604 מס' ביקור: 246259  
לנדאו חיים 16 בני ברק

Invoice #:  
97048:מס

תאריך רישום: 14/11/2023 Date of Payment:

העתק # 1

מספר עוסק מורשה:

1

מס ע"מ לצורך דוח מעמ  
1

**Receipt of Payment**  
**חשבונית מס קבלה**

Description: תיאור: ביקור רגיל

מזומן..... 96 ש"ח

|            |           |               |
|------------|-----------|---------------|
| Subtotal : | 82.05 ש"ח | סהכ לפני מעמ: |
| VAT :      | 13.95 ש"ח | מע"מ          |
| Total :    | 96.00 ש"ח | סהכ כולל מעמ: |

מספר שובר:  
הנופק בתאריך: 14/11/2023



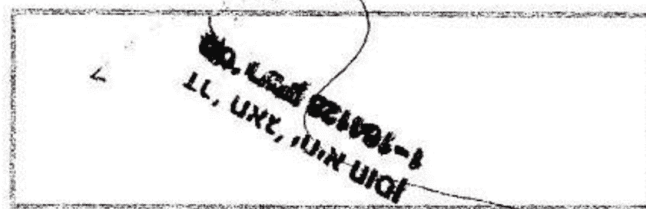
**טופס חופש מחלה**

תאריך ביקור 14/11/2023

שם אליאור כהן

תז 026556589

ימי חופש מחלה 5



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ו חוסן חאג יחיא ח

רשיון 164125

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל



רוטשילד 182. פתח תקוה טל: 1599-520-520

רשת מרכזים לרפואה דחופה  
Emergency Medical Centers

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!  
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520  
www.terem.com

|               |                    |                 |             |                      |                                         |
|---------------|--------------------|-----------------|-------------|----------------------|-----------------------------------------|
| תלונה:<br>אחר | תיק מס':<br>192604 | Discharge Chart | גליון שחרור | ביקור מס':<br>246259 | תאריך ביקור<br>Date<br>16:59 14/11/2023 |
|---------------|--------------------|-----------------|-------------|----------------------|-----------------------------------------|

**במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!**

|                                               |                                 |                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>דר. חוסן חגא יחיא ח | שם: אליאור כהן<br>ID: 026556589 | תודה רבה לללא על הפניה זו ל-טרם<br>קופה: כללית |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|

### סיכום הביקור:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Contact Info                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | פרטי קשר |
| טל נייד: 0522209027 אימייל: אין                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| Diagnosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | אבחנה    |
| <b>Whiplash, Back pain</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |
| Pulse: 55, TempC: 36 , O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |
| Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| Injury/Pain Exam:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |
| <b>SPINE</b> : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Staight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence |          |
| הסטוריה / אנמנזה רפואית:<br>בן 37<br>היה מעורב בתאונת דרכים<br>היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה.<br>היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר<br>ללא חבלה בראש או במקום אחר.                                                                                                                                               |          |
| מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון<br>כאבים מחמירים בתזוזה<br>===<br>בדיקה גופנית:<br>במצב כללי טוב, אימו במצוקה כללית או נשמית.                                                                                                                                                                                                                           |          |
| GCS 15<br>מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ, קרניאלים שמורים, צרברליים שמורים                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
| גב:<br>ללא סימן חבלה<br>רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7), ללא רגישות ב"ש צווארי<br>כאבים מופקים בשינוי תנוחה.                                                                                                                                                                                                                                             |          |
| בטן רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, גיע תקין<br>כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים.<br>===<br>מהלך ודיון:<br>תשובת רנטגנולוג:<br>עמוד שדרה גבי <<<<                                                                                                                                                                                        |          |

ורפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם  
יזנה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק  
ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,  
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

---

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה





## מדיקס אורתופדיה מתקדמת

שיטרת 6 תל אביב-יפו 6948206

טל: 052-7228777, 03-6482333

פקס: 03-6482377

דוא"ל: info@medixlife.co.il

אתר אינטרנט: www.medixlife.co.il

513736330  
26/11/2023

ח.פ.  
תאריך

מקור No. 96132

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 26556589

שם: כהן אליאור

טל: 0522209027

כתובת: בן צבי יצחק 28 פתח תקוה 4937567

## סיכום תשלום

| אמצעי תשלום | ת.פרוע       | פרטים      | סכום   |
|-------------|--------------|------------|--------|
| מזומן       | נתקבל במזומן | 26/11/2023 | 100.00 |

|                    |        |
|--------------------|--------|
| סה"כ ש"ח ללא מע"מ  | 85.47  |
| מע"מ 17.00 %       | 14.53  |
| סה"כ ש"ח כולל מע"מ | 100.00 |

עבור טיפול פיזיותרפיה



חתימה:

רופא/מטפל: דוד קארס

# OFEK MEDICAL

תאריך: 16/11/2023

ד"ר בין אברהם  
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט  
מ.ר. 18667  
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20:

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה  
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזל בברך  
מבקש  
1 MRI לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר  
2 פזיטרפיה  
3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאלית או כל נזק תוך  
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20:

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה  
מומלץ ארטרוסקופיה  
מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי  
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי  
מבקש  
1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש  
2 פזיטרפיה דחופה  
3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל

ד"ר בין אברהם  
אורתופד מומחה  
מ.ר. 11908

בברכה:  
ד"ר בין אברהם  
אורתופד מומחה

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ  
NOR MED LTD.

## מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 23/11/2023  
מספר ביקור: 3883276  
שם הבדיקה: CT ע"ש צווארי  
תאריך פענוח: 26/11/2023

שם הנבדק/ת: כהן אליאור  
ת.ז. נבדק/ת: 026556589  
תאריך לידה: 27/06/1986

לכבוד:  
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד  
קופ"ח כללית

### פרטים קליניים:

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה צווארי במכשיר ICT מתקדם, מגובה C1 עד D1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השנואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

### ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: עמדה לורדוטית תקינה של עמוד השדרה הצווארי.

המבנה הגרמי והמפרקי הודגם בצורה תקינה.

אברי הצוואר המודגמים תקינים, במגבלות העדר הזרקת יוד.

### סריקה C1-C2:

המבנים הגרמיים כולל הקשתות הקדמית והאחורית של האטלס והשן של החוליה צווארית השניה (אקסיס) תקינים ולרבות המסות הלטרליות עם המפרקים ביניהן.

### סריקה C2-C3:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

### סריקה C3-C4:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

### סריקה C4-C5:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ  
NORMED LTD.

**סריקה C5-C6:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סריקה C6-C7:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סריקה C7-D1:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סיכום:**

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.  
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.  
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.  
\*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד  
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.



תודה על הפניית הנבדק/ת  
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330  
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589  
מסמך זה נחתם אלקטרונית



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ  
NORMED LTD.

## מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| שם הנבדק/ת: כהן אליאור | תאריך בדיקה: 23/11/2023 |
| ת.ז. נבדק/ת: 026556589 | מספר ביקור: 3884431     |
| תאריך לידה: 27/06/1986 | שם הבדיקה: CT ע"ש גבי   |
|                        | תאריך פענוח: 26/11/2023 |

לכבוד:

הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד  
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: כאב גב תורקלי וצווארי לאחר חבלה.

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה גבי במכשיר ICT מתקדם, מגובה D1 עד L1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: בצילום הצדדי הודגמו גופי החוליות והמרזוחים שביניהם שמורים ללא שטויה.



המרקם הגרמי אחיד.  
ללא ממצא גרמי מוקדי הרסני.  
ללא שברי דחיסה.  
ללא בקע דיסק או היצרות ספיגלית.

בהדגמה מוגבלת של אברי החזה המודגמים בסריקה:  
שתי קשריות ריאתיות קטנות ב-RLL.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.  
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.  
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.  
**\*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד**  
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת  
דר' י. אמיתי מ.ר. 99330  
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589  
מסמך זה נחתם אלקטרונית



17926

## שירותי בריאות כללית

## עותק שנשלח בדוא

תאריך: 21/11/23



26556589

## חסוי/אישי

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה  
 מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור  
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ : לקביעת תור : 003-6401234

**אישור לטיפולים אמבולטוריים**  
**מס': 304317926**

המבוטח : 0002655658-9 כהן אליאור  
 רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד  
 סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

| קוד שירות       | קוד תאור הטיפול/בדיקה | קוד שירות ספק | קוד כמות |
|-----------------|-----------------------|---------------|----------|
| 78073 C.T לנבדק |                       | 1             | 1        |

תאריך זימון: 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/24

## לימר רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

\* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

\* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

\* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

\* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.

\* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

\* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

\* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

\* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

\* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה \_\_\_\_\_:

הוזמן תור לתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

טו-17



17925

## שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדוא

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה  
 מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור  
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים  
 מס': 304317925

המבוטח : 0002655658-9 כהן אליאור  
 רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד  
 סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

| קוד שירות       | קוד תאור הטיפול/בדיקה | קוד שירות ספק | קוד כמות |
|-----------------|-----------------------|---------------|----------|
| 78073 C.T לנבדק |                       | 1             | 1        |

תאריך זימון: 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 113638  
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

\* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעותו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

\* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבטוח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

\* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

\* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

\* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

\* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

\* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

\* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

\* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה \_\_\_\_\_:

הוזמן תור לתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ט"ו-17

# שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקווה  
מרפאה: 5378 מרפאת בלפור  
מרפאת בלפור פתח תקווה 03-7471700  
תאריך: 21/11/23  
שעה : 09:06

מקור אישור: 00113638 / 1

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות מספר תיק: 3906114

לכבוד: 0002655658 כהן אליאור

| פירוט גביה:                                          |             | קוד    |
|------------------------------------------------------|-------------|--------|
| תאור שירות                                           | תאריך ביקור | לתשלום |
| 2                                                    | 21/11/23    | 0      |
| אמבולטורי מכון פרטי                                  |             |        |
| מכון: 7893-מרכז רפואי רמת אביב נור-מ                 |             |        |
| שירות: CT 78073 טומוגרפיה ממוחשב למעט בדיקות להן קוד | קבוצה: 7    | הדמיה  |
| סה"כ לטופס :                                         |             | 0      |

כרטיס האשראי יחויב בסך של: 10



קופאי: 40595 - 8 לימר רותם

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים  
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו  
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית  
נא לשמור על האישור  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות



|          |                           |            |            |
|----------|---------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר גיהאד ריאן            | מספר רשיון | 26592      |
| תחום     | מומחה ברפואת משפחה וילדים | טלפון      | 03-7471700 |
| כתובת    | רוטשילד, 119              | פקס        | 03-9395401 |
| מרפאה    | בלפור - פתח תקוה          | מחוז       | דן-פ"ת     |

תאריך: 16/11/2023

### הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |            |             |             |             |       |      |   |
|--------------|-----------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------|------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | כחן אליאור | מס זיהוי:   | 00026556589 | גיל:        | 37.04 | מין: | ז |
| ת.לידה:      | 27/06/1986      | ישוב:      | פתח תקוה    | רחוב:       | בן צבי יצחק |       |      |   |
| מס בית:      | 28 / 14         | טלפון:     | 52- 2209027 | טלפון מסף:  | 3- 6187849  |       |      |   |

|             |             |            |              |
|-------------|-------------|------------|--------------|
| מספר הפניה: | 35378018534 | רשיון רופא | 026592       |
| תז נבדק     | 26556589    | מספר הפניה | 035378018534 |
| גורם שולח   | 5378        |            |              |

### שירות שנבחר

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

### WHIPLASH INJURY

### אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

|                 |        |          |            |      |    |            |     |       |
|-----------------|--------|----------|------------|------|----|------------|-----|-------|
| סימנים חיוניים: | גובה   | 182      | 16/08/2022 | משקל | 79 | 16/08/2022 | bmi | 23.85 |
|                 | לחץ דם | 132 / 70 | 06/02/2023 |      |    |            |     |       |
|                 | דופק   | 77       | 06/02/2023 |      |    |            |     |       |

31/05/2022 מתאריך 115.58 eGFR

### ביטוי פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                         |
|------------|--------|------------------------------|
| 08/05/2017 |        | CONTUSION KNEE AND LOWER LEG |
| 28/06/2018 |        | ROAD ACCIDENT                |
| 29/06/2021 |        | MEDIAL MENISCUS TEAR         |
| 27/06/2021 |        | MENISCECTOMY                 |

### תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה               |
|------------|------------|--------|--------------------|
| 01/04/2001 | 01/04/2001 |        | OBSIDITY (BMI >30) |

### ממצאים קליניים

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

נחתם דיגיטלית\*\*

26592

ד"ר גיהאד ריאן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת דיומן, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

תאריך: 19/11/2023

## הפניה לדימות

|              |                 |            |
|--------------|-----------------|------------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | כחן אליאור |
| ת.לידה:      | 27/06/1986      | ישוב:      |
| מס בית:      | 14 / 28         | טלפון:     |
| מס זהות:     | 00026556589     | מס זהות:   |
| גיל:         | 37.05           | מין:       |
| רחוב:        | בן צבי יצחק     | פתיח תקווה |
| טלפון נוסף:  | 3-6187849       | טלפון:     |

תאריך תאונה: 14/11/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35378018572

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד! אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

## שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי         | קוד משה"ב  | קוד שירות |
|-------------|---------------------|------------|-----------|
| 10304010    | CT עמוד שדרה צווארי | L1039 ט.מ. | 78073     |
| 10304015    | CT עמוד שדרה גבי    | L1039 ט.מ. | 78073     |

המטופל מתלונן על תלונות/סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, טבל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר. 19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

|                |        |          |         |            |      |    |         |            |     |       |
|----------------|--------|----------|---------|------------|------|----|---------|------------|-----|-------|
| סימנים חיוניים | גובה   | 182      | נמדד ב: | 16/08/2022 | משקל | 79 | נמדד ב: | 16/08/2022 | BMI | 23.85 |
|                | לחץ דם | 132 / 70 | נמדד ב: | 06/02/2023 |      |    |         |            |     |       |
|                | דופק   | 77       | נמדד ב: | 06/02/2023 |      |    |         |            |     |       |

מתאריך: 31/05/2022 eGFR 115.58

ממצאים עיקריים ממצאים מתאריך 16/11/2023: רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות 19/11/2023

## אבחנה משוערת

| קוד  | אבחנה                         |
|------|-------------------------------|
| 8470 | WHIPLASH INJURY               |
| L03  | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב- 16/11/2023 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב- 19/11/2023

## בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אבחנה                        |
|------------|------------------------------|
| 08/05/2017 | CONTUSION KNEE AND LOWER LEG |

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                 |
|------------|--------|----------------------|
| 28/06/2018 |        | ROAD ACCIDENT        |
| 29/06/2021 |        | MEDIAL MENISCUS TEAR |
| 27/06/2021 |        | MENISCECTOMY         |

#### תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה              |
|------------|------------|--------|-------------------|
| 01/04/2001 | 01/04/2001 |        | OBESITY (BMI >30) |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|                |            |                    |
|----------------|------------|--------------------|
| ד"ר גיהאד ריאן | 26592      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא       | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 16/11/2023

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| פרטי המטופל:    |                   |
| שם משפחה ופרטי: | <b>כהן אליאור</b> |
| ת.לידה:         | 27/06/1986        |
| מס בית:         | 28 / 14           |
| מס זהות:        | 00026556589       |
| רחוב:           | בן צבי יצחק       |
| טלפון מסך:      | 3-6187849         |
| גיל:            | 37.04             |
| מין:            | ז                 |

**סוג תאונה:** 2 תאונת עבודה  
**שם המעביד וכתובתו:** צמפיון מוטורס - בני ברק  
**תאור התאונה:** במהלך נסיעה הביתה מהעבודה רכב אחר נכנס ברכבו מאחורה ונפגע  
**היכן קיבל טיפול קודם:** טרם  
**הממצאים הקליניים:** רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

אבחנות

| קוד  | אבחנה                         |
|------|-------------------------------|
| 8470 | WHIPLASH INJURY               |
| L03  | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

הטיפול שניתן:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:**

Ⓢ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |        |             |
|-----------------|-------------------|--------|-------------|
| מיום 14/11/2023 | עד יום 19/11/2023 | (בכלל) | סה"כ 6 ימים |
| 16/11/2023      | 16/11/2023        |        |             |



תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

בלפור - פתח תקוה

ד"ר גיהאד ריאן \*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חותמת המרפאה חתימה וחנותת 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

תאריך: 04/04/2024

**סיכום ביקור**

|              |             |                 |             |
|--------------|-------------|-----------------|-------------|
| פרטי המטופל: |             | שם משפחה ופרטי: |             |
| מס זהות:     | 00026556589 | כחן אליאור      | ת.לידה:     |
| גיל:         | 37.09       | ישוב:           | 27/06/1986  |
| מין:         | ז           | פתח תקוה        | מס בית:     |
| רחוב:        | בן צבי יצחק | טלפון:          | 52- 2209027 |
| טלפון מסר:   | 3- 6187849  |                 |             |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה  
תאריך תאונה 14/11/2023

שלום רב,

תאריך ביקור: 04/04/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 14/11/2023

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2023

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני

רדיקולופתיה

03/01/2024

מבצע פיזיותרפיה - CT ע"ש צווארי תקין, סובל מכאבי צוואר וגב בעיקר בבוקר.

04/04/2024

עדיין כאבי גב תחתון מתקשה בבוקר לקום

ממצאים: ממצאים מתאריך 03/01/2024

ממצאים מתאריך 19/11/2023

ממצאים מתאריך 16/11/2023

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

19/11/2023

03/01/2024

רגישות מעל חוליות ע"ש צווארי ומתני

04/04/2024

אבחנות בביקור

| קוד  | אפיין | אבחנה                         |
|------|-------|-------------------------------|
| 8470 |       | WHIPLASH INJURY               |
| L03  |       | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/01/2024

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 16/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 19/11/2023

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

03/01/2024

ההפניות שהופקו ב 03/01/2024

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

04/04/2024

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת בלפור

תאריך עדכון: 03/01/2024

קוד מרפאה: 5378

רופא מעדכן: ד"ר גיהאד ריאן

קוד מחוז: 04

מס רשיון: 26592

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

מבנה שירותים של הפניות

| מזהה אישור מסר | צורך באישור | קטגוריית שירות |
|----------------|-------------|----------------|
|                | 0           | 5              |



גיל המטופל: 37.06

תאריך ביקור: 03/01/2024

תאריך תאונה: 14/11/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם , נשללו שברים גרמיים , סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר .

19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

03/01/2024

מבצע פיזיותרפיה - CT ע"ש צווארי תקין , סובל מכאבי צוואר וגב בעיקר בבוקר .

### סימנים חיוניים

גובה: 182 נמדד ב: 16/08/2022

משקל: 79 נמדד ב: 16/08/2022

B M I : 23.85

לחץ דם: 70 / 132 נמדד ב: 06/02/2023 דופק: 77 נמדד ב: 06/02/2023

מתאריך: 23 eGFR : 101.56

ממצאים: ממצאים מתאריך 19/11/2023

ממצאים מתאריך 16/11/2023

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

19/11/2023

03/01/2024

רגישות מעל חוליות ע"ש צווארי ומתני

| קוד  | איפיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY               |
| L03  |        | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

דיון/תוכנית טיפולית:דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/11/2023:

ההפניות שהופקו ב 16/11/2023:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

19/11/2023

ההפניות שהופקו ב 19/11/2023:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

03/01/2024

| סטטוס | קוד | פרטי ההפניה               | הפניות            |
|-------|-----|---------------------------|-------------------|
| הודפס | H9  | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב | הפניה לפיזיותרפיה |

| תרופה                           | מנה | הגשה | יחידה  | פ | סה"כ | משך D | Q P | מ     | ק | נ | W |
|---------------------------------|-----|------|--------|---|------|-------|-----|-------|---|---|---|
| ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG | 1   | TAB  | טבליות | 2 | D    | 10    | 20  | יחידה | N | 1 |   |

# OFEK MEDICAL

תאריך: 24/01/2024

ד"ר ביין אברהם

מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט

מ.ר. 18667

הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב

טלפון: 050-7727593

נייד: 052-2209027

מ.ת.ז: 2655658/9

שם: כהן-אליאור

25/05/20

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה  
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזל בברך

מבקש

1 MRI לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר

2 פזיטרפיה

3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרקע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאלים או כל נזק תוך  
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרקע במניסקוס הפנימי .

25/06/20

MRI קרקע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה

מומלץ ארטרוסקופיה

מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי

הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי

מבקש

1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש

2 פזיטרפיה דחופה

3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל .

25/01/2024

CT עש צוארי בלטי דיסק מ C4-C5-C6-C7

CT עש טוראקלי ללא בליטות דיסק

חל שיפור במצבו אד עדין כאבים והגבלה

המשך טיפול שמרני של פזיטרפיה הידרטרפיה ודיקור סיני

ד"ר ביין א.  
אורטופד מומחה  
מ.ר. 11908

בברכה:

ד"ר ביין אברהם

אורתופד מומחה

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב

טלפון: 050-7727593

# OFEK MEDICAL

תאריך: 13/06/2024

ד"ר ביין אברהם  
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט  
מ.ר. 18667  
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20:

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה  
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזל בברך - מבקש:  
MRI 1 לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר  
MRI 2 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאל או כל נזק תוך  
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשהול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20:

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה  
מומלץ ארטרוסקופיה  
מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי  
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי - מבקש:  
CT 1 לעש צוארי וטוראקלי מצב עש  
ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל .



25/01/2024

CT עש צוארי בלטי דיסק מ C4-C5-C6-C7  
CT עש טוראקלי ללא בליטות דיסק  
חל שיפור במצבו אד עדין כאבים והגבלה  
המשך טיפול שמרני של פיזיותרפיה הידרותרפיה ודיקור סיני .

13/06/2024

היום מתלונן על כאבים במוותן שמאל  
ללא חוסר נאורולוגי  
ממליץ על CT עש מתני מצב עש מתני  
US 2 לבטן ולכליות ודרכי שתן  
3 טיפול במירפאת כאב  
ROKACET PLUS 4 פעמיים ביום ל10 ימים .

01/08/2024

U.s כליות ודרכי השתן תקין .

בלט דיסק קל בגובה S-1-L-5.

מעקב וביקורת לאחר פיזיותרפיה.  
בברכה: דר ביין אברהם- אורתופד מומחה.

ד"ר ביין אברהם  
אורתופד מומחה  
מ.ר. 11908

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

# OFEK MEDICAL

תאריך: 13/06/2024

ד"ר ביין אברהם  
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט  
מ.ר. 18667  
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20:

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה  
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נזול בברך - מבקש:  
MRI 1 לברך ימין בשאלה שלקרקע במניסקוס פנימי או אחר  
MRI 2 לברך ימין בשאלה של קרקע במניסקוס הפנימי . ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לנזק מניסקיאל או כל נזק תוך  
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשהול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20:

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה  
מומלץ ארטרוסקופיה  
מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי  
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי - מבקש:  
CT 1 לעש צוארי וטוראקלי מצב עש  
ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל .



25/01/2024

CT עש צוארי בלטי דיסק מ C4-C5-C6-C7  
CT עש טוראקלי ללא בליטות דיסק  
חל שיפור במצבו אד עדין כאבים והגבלה  
המשך טיפול שמרני של פיזיותרפיה הידרותרפיה ודיקור סיני .

13/06/2024

היום מתלונן על כאבים במוותן שמאל  
ללא חוסר נאורולוגי  
ממליץ על CT עש מתני מצב עש מתני  
US 2 לבטן ולכליות ודרכי שתן  
3 טיפול במירפאת כאב  
ROKACET PLUS 4 פעמיים ביום ל10 ימים .

01/08/2024

U.s כליות ודרכי השתן תקין .

בלט דיסק קל בגובה S-1-L-5 .

מעקב וביקורת לאחר פיזיותרפיה .  
בברכה: דר ביין אברהם - אורתופד מומחה .

ד"ר ביין אברהם  
אורתופד מומחה  
מ.ר. 11908

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

לכל מאן דבעי

הנדון: אליאור כהן תז 026556589

המטופל הגיע אליי לשיקום במסגרת טיפולי פיזיותרפיה, בעקבות כאבי גב אקוטיים משמעותיים.

המטופל הגיע עם הגבלה משמעותית בטווחי תנועה, והגבלה בתנועה, קושי בביצוע פעילויות adl.

במהלך הטיפולים עבדנו רבות על שיפור טווחי תנועה, חיזוק שרירים, הפעלת שרירי ליבה, מודולציות לכאב, תרגול פונקציונאלי ותרגול חזרה לפעילות ספורטיבית ויום יומית.

מצבו של המטופל טוב יותר כעת והוא חזר לתפקוד מלא, אם כי עדיין קיימים כאבים לסירוגין.

דד

אשמח לעזור ולייעץ בכל שאלה בטלפון 0524206999.

בכבוד רב,

דור קארס, פיזיותרפיסט BPT מ.ר 10160862

מדיקס

#### סניף הרצליה

טופ מדיקל מרכז מומחים  
ביזנס פארק, בניין E קומה 14  
מדינת היהודים 89, הרצליה פיתוח  
טל': 073-2599090  
פקס: 073-2599099

#### סניף ראשי - תל אביב

המרכז לרפואת ספורט  
הבנין האולימפי  
שטרית 6, תל אביב  
טל': 03-6482333  
פקס: 03-6482377

**medixlife.co.il**



עמוד 1 מתוך 2

ל' תשרי תשפ"ו  
22 אוקטובר 2025

לכבוד  
אליאור כהן מספר זהות: 26556589  
בן צבי יצחק 28 דירה 14  
פתח תקווה 4937567

### הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת התביעה לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 14/11/2023), קבעה הוועדה הרפואית המסכמת מיום 20/10/2025 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

| התקופה                          | הנכות הרפואית |
|---------------------------------|---------------|
| מ-20/11/2023 עד-31/03/2024      | 30.0 %        |
| מ-01/04/2024 עד-30/06/2024      | 20.0 %        |
| מ-01/07/2024 עד-30/09/2024      | 10.0 %        |
| מ-01/10/2024 ואילך (נכות קבועה) | 4.94 %        |

2. מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.  
3. הטיפול בתביעה הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליכם מכתב החלטה בנוגע לזכאות.

לתשומת לבך  
לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק, הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".  
הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. טופס תביעה ניתן להשיג באתר האינטרנט או בסניף מגורייך.

### לשירותך

בסניף ליד ביתך  
סניף ראשי פתח תקווה,  
רוטשילד 76  
פקס: 39114959



במוקד הטלפוני  
6050 או 04-8812345  
שעות מענה:  
א' עד ה' מ- 8:00 עד 17:00



באתר האינטרנט  
www.btl.gov.il





זכותך  
לערעור

**זכותך וזכות המוסד להגיש ע**

להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,

מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג - עו"ד פרייברג אריאל



דוח ועדה רפואית

אליאור כהן, מספר זהות 26556589

|              |                     |             |                     |           |               |              |            |
|--------------|---------------------|-------------|---------------------|-----------|---------------|--------------|------------|
| סניף המגורים | סניף ראשי פתח תקווה | סניף הוועדה | סניף ראשי פתח תקווה | מספר ועדה | NV-23856-2400 | תאריך הוועדה | 20/10/2025 |
|--------------|---------------------|-------------|---------------------|-----------|---------------|--------------|------------|

פרטים אישיים

|        |             |            |          |             |            |       |     |                   |                                           |
|--------|-------------|------------|----------|-------------|------------|-------|-----|-------------------|-------------------------------------------|
| שם:    | אליאור כהן  | מספר זהות: | 26556589 | תאריך לידה: | 27/06/1986 | מגדר: | זכר | כתובת למשלוח דואר | בן צבי יצחק 28 דירה 14, פתח תקווה 4937567 |
| טלפון: | 052-2209027 |            |          |             |            |       |     |                   |                                           |

פרטי התביעה

|              |            |              |                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | 14/11/2023 | תיאור הפגיעה | <ul style="list-style-type: none"><li>מעמד תעסוקתי: שכיר מנהל שירות אזורי בצמפיון מוטורס</li><li>תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי</li><li>מהות המקרה: צליפת שוט ע"ש צווארי, כאבים בע"ש תחתון</li></ul> |
|--------------|------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

|        |            |          |            |       |        |
|--------|------------|----------|------------|-------|--------|
| מתאריך | 15/11/2023 | עד תאריך | 19/11/2023 | פירוט | 5 ימים |
|--------|------------|----------|------------|-------|--------|

נוכחות בדיון

|                 |                    |             |                                    |                                                  |                    |                     |
|-----------------|--------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| התובע נכח בדיון | עורך דין נכח בדיון | הקלטת הדיון | זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה | אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות | הלקוח הסכים להקלטה | המייצג הסכים להקלטה |
|-----------------|--------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------|

משתתפי הוועדה

|                 |                  |          |         |                    |            |              |
|-----------------|------------------|----------|---------|--------------------|------------|--------------|
| ד"ר משה ויסברוט | ד"ר יונתן ישעיהו | שטרייפלר | שלי חדד | כירורגיה אורטופדית | נוירולוגיה | מזכיר הישיבה |
|-----------------|------------------|----------|---------|--------------------|------------|--------------|



## דברי התובע

### פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

|          |                                                                                                                                                                                                |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| לקוח     | נוטל כדורי אדויל, סובל מכאבים במיוחד צוואר גב תחתון בעונות. הגוף מתרגל עם הזמן.                                                                                                                |
| עורך דין | תאונה במנגנון צליפת שוט כחצי שנה עם הגבלה יותר משמעותית בצוואר ובע"ש מתני מבצע טיפולי פיזיותרפיה גם באופן פרטי, בדיקות דימות הדגמו ממצאים ע"ש צווארי ומתני. נותר עם הגבלה בתנועות הצוואר והגב. |

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |  
לא קיימת ירידה בהכנסות,

## הצהרה

### הצהרה של אליאור כהן

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר משה ויסברוט, ד"ר יונתן ישעיהו שטרייפער, שלי חדר
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



## ממצאים

### בדיקה

עמידה והליכה תקינים, מסוגל להלך על קצות אצבעות ועקבים. ע"ש צווארי ללא עיוות, רגישות שרירית, התנועות: כיפוף 60, יישור 30, סיבוב 60 לכל צד. רגישות שרירית בגב תחתון, כיפוף 60, יישור 30, סיבוב 60 לכל צד. לסג שלילי דו"צ. כח גס תקין ב 4 גפיים, החזרים תקינים, תחושה תקינה. הועדה עינה במכלול המסמכים בתיק.

### מסקנות

מצב צמית.

## אבחנות

### אבחנות

| אבחנה                         | איבר / צד | תקופה      | דגשים          |
|-------------------------------|-----------|------------|----------------|
| 724.2- כאב גב תחתון           |           | 14/11/2023 | קיים קשר סיבתי |
| 847.0- (נקע בצוואר) צליפת שוט |           | 14/11/2023 | קיים קשר סיבתי |

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

| תקופה                           | אבחנה                                     | סעיף ליקוי                                                | אחוז הנכות<br>הנובע מהפגיעה | הערות                                                      |
|---------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|
| מ: 20/11/2023<br>עד: 31/03/2024 | כאב גב תחתון<br>נקע בצוואר (צליפת<br>שוט) | 30%                                                       | 30%<br>זמני                 |                                                            |
| מ: 01/04/2024<br>עד: 30/06/2024 | כאב גב תחתון<br>נקע בצוואר (צליפת<br>שוט) | 20%                                                       | 20%<br>זמני                 |                                                            |
| מ: 01/07/2024<br>עד: 30/09/2024 | כאב גב תחתון<br>נקע בצוואר (צליפת<br>שוט) | 10%                                                       | 10%<br>זמני                 |                                                            |
| מ: 01/10/2024                   | כאב גב תחתון                              | 37(7)(א)<br>הגבלה קלה בתנועות<br>עמוד שדרה מותני<br>2.5%  | 2.5%<br>צמית                | - סעיף מותאם,<br>נימוק: מגבלה<br>מזערית בחלק<br>מהתנועות . |
| מ: 01/10/2024                   | נקע בצוואר (צליפת<br>שוט)                 | 37(5)(א)<br>הגבלה קלה בתנועות<br>עמוד שדרה צווארי<br>2.5% | 2.5%<br>צמית                | - סעיף מותאם,<br>נימוק: מגבלה<br>מזערית בחלק<br>מהתנועות   |

תקנה 15

אין מקום להפעלת התקנה. חזר לעבודה ואין ירידה בהכנסות

שקלול הנכות הרפואית

| מתאריך     | עד תאריך   | מידת נכות | אחוז נכות משוקלל | שקלול לפטור ממס |
|------------|------------|-----------|------------------|-----------------|
| 20/11/2023 | 31/03/2024 | זמני      | 30%              | 30%             |
| 01/04/2024 | 30/06/2024 | זמני      | 20%              | 20%             |
| 01/07/2024 | 30/09/2024 | זמני      | 10%              | 10%             |
| 01/10/2024 |            | צמית      | 4.94%            | 4.94%           |

■ מ- 01/10/2024 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 4.94%

הצהרה של חברי הועדה



הצהרה של: ד"ר משה ויסברוט

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
  - איני הרופא המטפל של התובע
  - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
  - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
  - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר משה ויסברוט מ"ר 17991

הצהרה של: ד"ר יונתן ישעיהו שטרייפלר

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
  - איני הרופא המטפל של התובע
  - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
  - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
  - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר יונתן ישעיהו שטרייפלר מ"ר 1-11717

הצהרה של מזכיר הוועדה: שלי חדר

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: שלי חדר

נספח | מסמכי הבקשה

| שם המסמך                                                      | תאריך המסמך |
|---------------------------------------------------------------|-------------|
| תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה                 | 27/02/2025  |
| ביקור במלר"מ                                                  | 14/11/2023  |
| אישור מחלה                                                    | 14/11/2023  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה                                    | 16/11/2023  |
| בדיקת CT עמוד שדרה                                            | 26/11/2023  |
| הפניה לבדיקה                                                  | 16/11/2023  |
| הפניה לדימות                                                  | 19/11/2023  |
| תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury | 16/11/2023  |
| גליון התייעצות עם רופא המוסד                                  | 07/05/2024  |
| תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה                 | 17/04/2024  |
| בדיקת CT עמוד שדרה                                            | 23/11/2023  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                        | 18/02/2025  |
| ב. רופא בקהילה - פנימי                                        | 04/04/2024  |
| ב. רופא בקהילה - פנימי                                        | 03/01/2024  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה                                    | 25/01/2024  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה                                    | 13/06/2024  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                          | 28/04/2025  |



## לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?  
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
  - מהו אחוז נכות מותאם?  
מצב שבו נקבע לך ליקוי שמופיע ברשימת הליקויים הרפואיים, אך הרופא מחליט לקבוע לך אחוז נכות אחר - "מותאם".
  - איך מתבצע חישוב משוקלל?  
כשיש כמה סעיפי ליקוי, מחושבת הנכות לצמיתות בשיטה של חישוב משוקלל ולא בשיטה של חשבון פשוט.
- חישוב משוקלל במקרה שלך - :**

|       |                                                                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.5%  | הליקוי הראשון של 2.5% מחושב מ 100 %<br>$100.0\% * 2.5\% = 2.5\%$                                                                             |
| 2.44% | הליקוי הבא אינו מחושב מ- 100% אלא מתוך-<br>100% פחות סך הליקויים הקודמים<br>ולכן הליקוי של 2.5% מחושב מ - 97.5%<br>$97.5\% * 2.5\% = 2.44\%$ |
| 4.94% | סך הכל נכות קבועה לפי חישוב משוקלל                                                                                                           |

- מהו שקלול לפטור ממס?  
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.  
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.  
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.  
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.