

Freiberg Raskin
Law Office

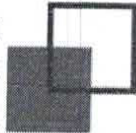
Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

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 20/2/25
הנפגעת: קורל חזן, ת"ז 315228364

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

רצ"ב ייפוי כח ווסר חתומים על ידי מרשתי

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

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי התובע		שם פרטי		מספר זהות	
שם משפחה		הורל		ס"ב	
151		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
מין		עיסוק		שנה	
זכר ☐		שכיר ☒		חודש	
נקבה ☒		מתנדב ☐		יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
הויק 1		48		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
1997962075		055667023		@	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר	
ס"ב		ס"ב		ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		ישוב		מיקוד	

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

2	0	0	2	2	0	2	5
יום		חודש		שנה			

פרטים על הפגיעה: מחלק משטח איושן, בניסין לה' צ' אבגור, סוכנת: יא ברסל, שטח: הקמח וקמח 2032
ינקלתי על כני. חשתי דאגה וצייס והקמח התנוכתי

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות
 שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולות ההתנדבות

טלפון: 0522809877

מיקוד: 610084

יישוב: תל אביב

דירה: 7

כניסה: 7

מס' בית: 7

רחוב/תא דואר: הלוותיה

המקצוע ערב הפגיעה: שמירת כבוד

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐

שב"ס ☐ משמר אזרחי ☐

משטרה ☐ אחר ☐

רחוב/תא דואר: _____

מס' בית: _____

יישוב: _____

מיקוד: _____

טלפון קווי: _____

טלפון נייד: _____

מס' פקס: _____

תאריך כניסה לשירות קבע: _____ תאריך סיום השירות בקבע: _____

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

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט _____

שם בית החולים: _____

תקופת אשפוז: _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?
 כן, פרט MRI רנטגן - תל אביב ☒ לא ☐

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו: _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר יעקב קורן	כירורגיה אורתופדית	מרכז אונקולוגיה תל אביב
ד"ר ירון טייטל	אורתופדיה	רומא הקהילה
ד"ר יעקב קורן	רפואת ילדים	מרכז אונקולוגיה תל אביב

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים בראש	רצ"ת תעודת רפואה
הגבלה בלתי תלויה על ידי הסיבה	רצ"ת תעודת רפואה
הגבלה בלתי תלויה על ידי הסיבה	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

- ☒ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
שם המעביד וכתובתו _____
תאריך החזרה לעבודה _____
☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

- ☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית
☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?
☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____
האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?
☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

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
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע: _____ טלפון: 03-7412358
אזכור ד רמת _____ כתובת: _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
חשן קורן			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הכספים	פאריק התעשיית קדימה לוי	653	284199

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי
 אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ 1.2.26 חתימת מקבל הגמלה _____ חתימת השותפים לחשבון _____ X

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך _____ 1.2.26 חתימת התובע _____ X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, או _____ החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

עמוד 5 מתוך 5

315118364

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים			
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה	
11	31151118364	שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	
רשן		קורן	
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

2 הצהרה	
אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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	חתימת המבוטח x
1.2.26	



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

העתק טופס
08/07/2025

ד"ר כהן תומר

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אלון יגאל 82, תל אביב - יפו
(מגדל סוזוקי, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

097962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



0315118364

הותיקים 48, פורת

כתובת:

מיקוד 4582000

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב ויקטור	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו פועלים באדום	מקצוע שחקנית כדורגל
ת. פגיעה 20/02/2025	שעה 16:00	התעסקות בשעת הפגיעה	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום
האיבר שנפגע קרסול שמאל				

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

במהלך משחק אימון מול קבוצת נבחרת נערות עד גיל 19, ניסתה לחסום בעיטה של שחקנית יריבה, נחבלה חבלה סיבובית בקרסול שמאל. מתארת נפיחות בעקבותיה נאלצה לעזוב את המגרש. ביצעה US שהדגים קרע ברצועת הדלתואיד, קרע ATFL

אבחנה:

• SPRAIN ANKLE

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 55 ימים, היינו מיום: 20/02/2025 עד יום: 15/04/2025 (בכלל)

29/04/2025

ד"ר תומר כהן
אורתופד כירורג אורתופדי
מ.ר. 120777 מ.ר. 40185

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב -

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

תאריך הדפסה - 21/02/2025

הנדון: אסמכתא למתן טיפול רפואי ראשוני לפציעת השחקנית

ע"ש חזן קורל ת.ז. - 315118364

הנני מאשרת שהשחקנית חזן קורל נפצעה בתאריך 20/02/2025
ביום חמישי בשעה 16:00 במסגרת משחק אימון מול קבוצת נבחרת הנערות עד
גיל 19.

חבלה סיבובית לקרסול שמאל.

הטיפול הראשוני בדקתי את השחקנית הנחתי קרח מקומי, ועיסוי.

לי הנס - ספורט תרפיסטית

קבוצת הכדורגל פועלים באדום (ע"ר)

פועלים באדום (ע"ר)
מס' עמותה 580444750

תאריך רישום: 1/3/25

הנדון: סיכום בדיקת שחקו שנפצע בפעילות בקבוצה

שם השחקן: קורן חנן ת.ז. 315118364
תאריך הפציעה: 20/1/25 היום בשבוע: חמישי שעת הפציעה: 16:00

כתובות מיקום הפציעה: לנ"מ סוג הפעילות: משחק קבוצתי

מול הקבוצה: קבוצת נערים ונערות, ילדים

תיאור הפציעה: חיסור דיבור בקראש לאחר קליטת כדור

בדיקה גופנית: מישור המישור הקדמי (פגש עם תוצרת צמחית בקראש)
כאב בגזע הקראש. חשף לקרע בצינור.

האבחנה:

הטיפול הראשוני: קיבור מלא

הפניה לבדיקת הדמיה:

חפזת אולטרה 45

המשך טיפול: עיסוי, מלאי, ולקחת קרע, תוצר

רופא הקבוצה: ד"ר רן טיין
Dr. RAN TIEN, MD
Orthopaedic Surgeon
מ.ר.מ. 31826 מ.ר. 37757
חתימה:

ד"ר יבגני קוז
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 23756
מ.ר.מ. 14160

ייעוץ רפואי

תאריך ביקור: 02/03/2025

שם משפחה : חזן שם פרטי : קורל
מספר זהות : 315118364 עיר/יישוב : פורת
סוג הבדיקה : US אורתופדי- פרטי מקלידה
תיק מס' : 2007315 רביטל

סיבת הייעוץ : בירור כאבים לאחר נקע.

בוצעה הערכה קלינית של מצב הנבדק וסקירה על קולית
של קרסול שמאל בהשוואה לימין

מפרק טיביאולארי- עם נחל יתר.
יש לציין, בצקת ברקמות הרכות.

גידים קדמיים: EDL, EHL, TA - ללא ממצא חשוד.

גידים לסרעליים: PL, PB - ללא ממצא חשוד.

גידים מדיאליים: FHL, FDL, TP - ללא ממצא חשוד.
לא הודגם ממצא פוקאלי חשוד לאורך התעלה הטראסאלית.

רצועה - ATFL - הודגם קרע עם שטף דם בסמוך.

רצועה - CFL - ב.מ.9.

רצועה - AITFL (סינדסמחיס) - ב.מ.9.

רצועה דלמוייד - מעובה והיפואקוגנית כביטוי לקרע.
יש לציין, אי סדירות גרמית בטאלוס פנימי - אחורי עם רושם לתלישת פרגמנטים גרמיים
קטנים והמטומה בסמוך.

לסיכום:

פגיעה רצועתית כמתואר.

רושם לפגיעה גרמית בטאלוס כמתואר - לשקול השלמת בירור הדמייתי.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קוז
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
רישיון רופא בודק : 23756
רישיון מומחה : 14160

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

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל
עשויה לגרום להבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן
מומלץ לקרוא את המידע יחד עם הרופא המטפל, אשר
יסביר אותו, ואת המשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות
טיפול.
מומלץ להעביר עותק של כל המידע הרפואי לרופא המטפל.

לכבוד:

שם המטופל: חזן קורל

ת.ז: 315118364

KORAL HAZAN

טל' ראשון: 000-0000000
טל' שני: 055-6667023

תאריך לידה: 17/01/1999
מין: נקבה

כתובת: הותיקים 48 פורת
פורת 4582000

פרטי הבדיקה - תאריך: 26/05/2025 מספר: 4015013590947

MRI קרסול, ללא חומר ניגוד
שמאל

להלן ממצאי סריקה התחודה המגנטית של קרסול שמאל:
סיבת הפניה: כאבים חריג תנועה טובה. לפני חודשיים.

טכניקה: בוצעה סריקה במישורים אקסיאליים, קורונליים וסגטליים בסדרות T1, T2 ו PD-ללא חזקת חומר ניגוד.
אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

עצמות/מפרקים:

קונטוזיה גרמית בפטישון המדיאלי ללא עדות לשבר בולט.
קונטוזיה גרמית בקצה הפטישון הלטרלי ללא עדות לשבר.
נזל בכמות גדולה במפרק הטיביוטלרי והמפרק הסובטלרי.
פסגת הטלוס שמורה. ללא עדות לנגע אוסטאוכונדרלי.
ללא עדות לקואליציה טרסלית.
ללא עדות לפגיעה סחוסית. ללא עדות לאוסטאוארטריטיס.
הרצועות הלטרליות:

קרע מלא של רצועת ATFL.

הרצועה הקלקנאופיבולרית (CFL) שמורה.

הרצועה הטלופיבולרית האחורית (PTFL) שמורה.

סינדרומה טיביופובולרית שמורה.

הרצועות המדיאליות: קרע משמעותי כמעט מלא של רצועת הדלטואיד. ליגמנט הספרינג נראה שמור.
הגידים הפלקסורים: נזל בכמות גדולה בשרוול גיד הטיביאליס האחורי גם דיסטלי עם אי סדירות קלה בגיד ללא
עדות לקרע.

הגידים הפרונאליים: נזל בכמות גדולה בינונית בשרוול הגידים.

טלפון לבירורים: 03-5302378

מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הדימות "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

הגידים האקסטנסוריים עם אות ועובי שמורים.
גיד אכילס עם אות ועובי שמורים. כרית השומן ע"ש קגר במראה תקין.
הפציה הפלנטרית שמורה.
ליגמנט ע"ש Lisfranc נראית רציפה.
התעלה הטרסלית שמורה ללא עדות ללחץ על הקומפלקס הניורוסקולרי.
סינוס טרסי עם אות שומני שמור.
שרירים: ללא בצקת או דלדול.
רקמות רכות: ללא עדות לקולקציית נוזל או מסת רקמה רכה.

סיכום:

-קונטוזיה גרמית בפטישון המדיאלי וקצה הפטישון הלטרלי.
-קרע מלא של רצועת ATFL.
-קרע משמעותי, כמעט מלא של רצועת הדלטואיד.
-נוזל בכמות גדולה במפרק הטיביוטלרי והסובטלרי.
-טנדינמיס קלה של גיד הטיביאליס האחורי עם נוזל בשרוול הגיד.

אושר על-ידי: ד"ר קריסטין דן לנצמן מספר רשיון: 111359 תאריך אשרור: 25/6/2025

יום ראשון 27 יולי 2025

אל: ביטוח לאומי

הנידון: הערכה פיזיותרפית- גברת קורל חזן ת"ז 315118364

שלום רב,

גברת חזן נבדקה ומטופלת במחלקה לפיזיותרפיה במכון וינגייט מתאריך 25-07-08 ועד עתה.

רקע רפואי: גברת חזן הגיעה לבדיקה וטיפול במכון הפיזיותרפיה שבמרכז לרפואת ספורט, מכון וינגייט בתאריך 25-07-08. במהלך האנמזה הציגה בדיקת MRI קרסול מתאריך 26-05-2025. בסיכום ממצאי הבדיקה צויין כי קיים קרע מלא של רצועה ATFL בקרסול שמאל, כמו כן, קרע משמעותי, כמעט מלא של רצועת הדלתויד. נזול בכמות גדולה במפרק הטיביטאלאר והסאבטאלאר. טנדינוזיס קלה של גיד הטיביאליס האחורי עם נזול בשרוול הגיד.

הערכת פיזיותרפיה ותפקודי: בבדיקה קלינית, רגישות במישוש אזור מדיאלי ולטרלי קרסול שמאל. כאב ומגבלה בבדיקת טווח כיפוף קרסול וסופינציה. נפיחות באזור גידים פרונאליים וגיד אכילס שמאל. מבחן מגירה קדמית חיובי בקרסול שמאל. מגבלת טווח כיפוף גבי בנשיאת משקל בקרסול שמאל ביחס לימין, (נבדק במבחן לאנג' קדמי). כאב בעלייה על קצוות הבהונות על רגל אחת וכאב במכרע על 2 רגליים.

מצב נוכחי: כעת נמצאת במהלך שיקום הכולל טיפול פיזיותרפיה וטיפול הידרותרפיה. טרם חזרה לריצה, ניתור ושינויי כיוון.

סיכום והמלצות: קיים עדיין חוסר יציבות תפקודי במפרק הקרסול המשפיע באופן ישיר על יכולות תפקוד בחיי יום יומי ואינו מאפשר התקדמות לפעילויות ספורטיביות בשלב זה. לאורך השיקום והתרגול, המטופלת משתפת פעולה באופן מלא, מבצעת את התרגול במהלך הטיפולים ובאופן עצמאי. ממליץ על המשך שיקום פיזיותרפי והידרותרפי עד לחזרה מלאה לפעילות.

אלון יחיאל M.Sc.
פיזיותרפיסט, המחלקה לפיזיותרפיה, מרכז ריבשטיין לרפואת ספורט ומחקר
מכון וינגייט.

הערכה רפואית - קורל חזן 315118364

עבור: המוסד לביטוח לאומי

שלום רב,

שמי דוראן הלוי ספורטתרפיסט מוסמך במועדון כדורגל הנשים רעננה.

קורל חזן שחקנית המועדון הינה נמצאת תחת אחריותי הרפואית בכל תקופת השיקום מהפציעה בקרסול שמאל בתאריך ה-20.2.

קורל ביצעה שיקום ארוך הכולל טיפולים לימפטיים להורדת הנפיחות והכאב, עבודה על טווחי תנועה בקרסול, טיפולי הידרותרפיה וכמו כן תרגול באופן עצמאי לחיזוק היציבות והכושר הגופני על מנת לחזור לכשירות מלאה על המגרש.

אמנם השחקנית חזרה לשחק עם הקבוצה במשחק ליגה רשמי בתאריך ה-25.9 אך אינה כשירה במאת האחוזים בשל רצועת ה-ATFL אשר קרועה לחלוטין.

לעיתים הינה חווה כאבים במהלך עומס גופני באימון/משחק ולאחר מכן במנוחה, קיימת מגבלה וכאב בטווחי התנועה בנשיאת משקל ומגבלות בכושר הגופני.

על השחקנית לחבוש את הקרסול לפני כל פעילות ספורטיבית על מנת לשמור על יציבות הקרסול ובטיחות השחקנית כדי למנוע כאב ופגיעה נוספת אשר עלולה להחמיר את מצבה הרפואי.

בברכה,

דוראן הלוי B.sc sporthrapy



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטן יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאית, עובדיה ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא חגנה 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 הבריאותי ואו חסוציאלי 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 הבריאותי ואו השיקומי ואו חסוציאלי 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 חגנת 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: _____
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: 1. 2. 26 עד לחתימה ומס' ת.ז. עו"ד אריאל בריינר חתימה: _____
מס' רשיון: 2254

י פ ו י כ ה

קורן חנן
15/10/96

אני הח"מ, _____ מס' _____, מרחוב _____ חדר _____ פלורידה _____
ת.ז. מס' _____ את עו"ד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי במשפט של _____ נגד
ממנה בזה _____ בענין תאונת דרכים מיזם _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי
הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, 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 חכרות 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 חוגש יפוי הכת, בדרגה בה חוגש.
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 דושם הקרקעות, במשרדי ספרי אתונה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה תמכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 לעוזי 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 ביחד תכלולנה את הרבים ולחיפך.

ולראיה באני על החתום

היום 1 לחודש 2 שנה 2026

חתימה: X HA

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך דין~~
עורך דין