



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2026 22
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 29/06/25
הנפגעת: הילה מצנבר, ת"ז 300019023

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

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



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

1

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מצנבר		הילה		3 0 0 0 1 9 0 2 3	
מין	עיסוק	מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
זכר ☐	שכיר ☒			0 1 1 0 1 9 8 5	
נקבה ☒	מתנדב ☐			שנה חודש יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
דרך התפוצות	44			רמת גן	5226459
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		
0 3 5 7 4 8 8 1 0	0 5 0 6 7 4 4 1		_____ @ _____		

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

☐ 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

1	8	0	9	2	0	2	5
שנה		חודש		יום			

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה בזמן הפרדה בין שני ילדים שרבו חבלה בשורש כף יד ימין

שבר סקאפואיד נביקולר ימין טנסיוניביטיס ודלקת מרפק

3

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות עיריית רמת גן		טלפון 03-7311622			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
דרך התפוצות	2			רמת גן	5253204
המקצוע ערב הפגיעה: מורה מחנכת					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	טלפון נייד	
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי		
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
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 _____ רפואה דחופה _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז 19/09/2025		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☒ כן, פרט _____ ☐ לא מרכז הוסידימן כללית _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. כללית _____ אני מבוסס בקופ"ח _____ ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
דר גוסמי	אורתופדיה	ביינסון פת
דר נטעלי פרמנד	רפואת משפחה	הרב כהנמן בני ברק
דר רחל בן שוהם	רפואת משפחה	הרב כהנמן בני ברק
דר אריה גרינברג	אורתופדיה	עזרא בני ברק

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת
שבר סקאפואיד נביקולר ימין	צילום
טנוסינוביטיס גיד פלקסור אצבע ימין	כף יד ימין
דלקת מרפק ימין כאבי ברך שמאל	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים 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 מחמת מצבי

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".

טלפון
03-7412358

כתובת
דרך אבא הלל בית סילבר רמת גן

שם גורם מסייע
עוד אריאל פרייברג

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			
הילה מצנבר			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
פועלים	רמת גן	139	625

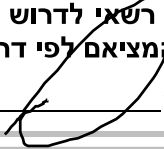
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיפקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים 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 22.3.26 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 ביועץ 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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר www.btl.gov.il. יצירת קשר < פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצד ג', בהתאם לדין.

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

☐ אני מסכים לוועדה בווידיאו צ'אט

תאריך 22.3.26 חתימת התובע  X

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>8</td><td>0</td><td>9</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>	1	8	0	9	2	0	2	5	יום		חודש		שנה				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td> </tr> </table>	3	0	0	0	1	9	0	2	3	קוד גמלה 11
1	8	0	9	2	0	2	5																				
יום		חודש		שנה																							
3	0	0	0	1	9	0	2	3																			
שם פרטי הילה	שם משפחה מצנבר	חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____																									

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי 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 22.3.26 חתימת המבוטח x

10:55

תאריך: 19/09/2025

הפניה כללית

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		מצנבר הילה		מס זהות: 00300019023		גיל: 38.11		מין: נ	
ת.לידה: 01/10/1986		ישוב: רמת גן		רחוב: דרך התפוצות		טלפון נוסף: 3- 5748810		מס בית: 44		טלפון: 50- 6794140	

34372120197

מספר הפניה:

גורם שולח



4372

מספר הפניה



034372120197

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



130842

לכבוד: מוקד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70050	L9281	בדיקה רפואית - דחופה (מ.ר.מ.)	70050

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: אתמול טראומה לגפה עליונה ימנית במסגרת עבודתה בב"ס תיכון מהילדים
סובלת מכאבים במרפק ושרש יד ימין
שתף דפ בכתף

bmi 31.64 19/06/2024

משקל 81

160 19/06/2024

סימנים חיוניים: גובה

126 / 74 20/06/2024

לחץ דם

88 20/06/2024

דופק

eGFR 116.72 מתאריך 25/08/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
23/06/2024		OBESITY (BMI >30)
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

1 ס.ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

19/09/2025

הודפס ע"י ד"ר אשרף כראמי

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-26.10.2025 בשעה 11:52 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 300019023.

20/09/2025 03:02

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



בדיקת הדמיה:

מספר ביקור : 1288599

מספר תיק : 378937

מרפאה : טרם איכילוב

תאריך : 19/09/2025

מספר זהות: 300019023

שם פרטי : הילה

שם משפחה : מצנבר

מין : נ

תאריך לידה: 01/10/1986

תלונה : תאונת עבודה

התקבל בשעה : 13:11:00

השתחרר בשעה : 14:33:45

סוג שחרור : נשלח/ה הביתה, המשך טיפול ובדיקות בקופ"ח

פרטי צילום:

קוד צילום: 700510374

סוג צילום: שורש כף יד שמאל

אבחנת צילום :

עצמות כף היד כולל רדיוסואולנה דיסטליים תקינים

מטקרפלים תקינים לא הודגמו שברים

מפרקים תקינים

חתום על ידי דר. אלכס פישר בתאריך 19/09/2025

פוענח על ידי: דר. אלכס פישר

מספר רשיון: 16730

תאריך עדכון פרטי צילום: 19/09/2025 06:01

לצפות בגליון הרפואי המלא ובצילומים היכנס ל

www.teremi.com

והכנס את הקודים המופיעים בדף זה

טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520 פקס: 0722740627

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

תלונה: תאונת עבודה	תיק מס': 378937	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 1288599	תאריך ביקור Date: 13:11 19/09/2025
-----------------------	--------------------	-----------------------------	-----------------------	--

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

תודה רבה לאשרף כראמי על הפנייה זו ל-טרם	שם: הילה מצנבר	הרופא המטפל במרפאת טרם
קופה: כללית	תז: ID: 300019023	דר. חאלד אבו ראשד

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0506794140 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Contusion Contusion of right shoulder and bilateral wrists Pulse: 89, TempC: 36.5 PO, O2sat: 99, BP: 106/69 (other vitals may be on scanned chart) Date Of Birth: 01/10/1986 Age: 38 years 11 months Injury/Pain Exam: RIGHT SHOULDER : Direct blow to shoulder, No fall, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started in < 1 hr, Intermediate ROM of shoulder, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral_joint tender, Acromioclavicular_joint NOT tender, Is sensitive around shoulder, LEFT WRIST : Direct blow to wrist, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Distal ulna NOT tender, Distal Radius NOT tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space tender, SnuffBox NOT tender, Metacarpals NOT tender, Is sensitive, No wrist swelling, No wrist Hematoma, No wrist Deformation, RIGHT WRIST : Direct blow to wrist, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Distal ulna tender, Distal Radius tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space NOT tender, SnuffBox NOT tender, Metacarpals NOT tender, Is sensitive, No wrist swelling, No wrist Hematoma, No wrist Deformation, הסטוריה / אנמנזה רפואית: 38 – מורה בבית ספר. היום במהלך שהותה בבית הספר התרחשה קטטה בין תלמידים (לציין שיש ילדים על הרצף בכיתה), ובמהלך הריב ספגה מספר מכות באזורים שונים בגוף. שוללת חבלת ראש. מתלוננת על כאבים בכתף ימין ובשורש כף יד ימין ושמאל. === בדיקה גופנית: בקבלתה למרפאה במצב כללי טוב. מדדים: תקינים. שורש כף יד ימין – רגישות מינימלית מעל שתי עצמות האמה הדיסטליות, רגישות קלה במישוש ה-joint space. טווח תנועה מלא ותקין. ללא רגישות לאורך ה-SB. ללא חסר נוירוסקולרי. ללא רגישות מעל עצמות המפרק, ללא הגבלה ביישור או בכיפוף. ללא כאב בעת סופינציה או פרונציה. ללא רגישות מעל ראש הרדיוס. כתף ימין – רגישות קלה באספקט הלטרלי, עם הגבלת תנועה קלה בסוף טווח באבדוקציה ובאדוקציה. ללא רגישות גרמית מעל עצמות המפרק. שורש כף יד שמאל – ללא סימני חבלה טריים. רגישות קלה במישוש ה-joint space. ללא רגישות מעל שתי עצמות האמה הדיסטליות. NO snuff box tenderness, ===	

מהלך ודיון:
במסגרת מרפאה:
בוצעו צילומי רנטגן - לא הודגמו שברים ברורים.

הונח מתלה ותחבושת אלסטית לשורש כף היד

הנחיות לשחרור:
מומלץ מנוחה יחסית של הידיים והכתף בימים הקרובים.
ניתן להשתמש במשככי כאבים (כדוגמת אקמול/נורופן) לפי הצורך.
הנחת קומפרסים קרים מקומית מספר פעמים ביום להקלת כאב ונפיחות.
הימנעות ממאמץ פיזי והרמת משאות כבדים עד לשיפור במצב.
מעקב רופא משפחה/אורתופד במידה והכאבים נמשכים או מחמירים.
פנייה מיידיית במידה ומופיעים כאבים עזים, הגבלת תנועה משמעותית, נפיחות חריגה או סימני חסר נוירולוגי.
יש לעיין גם [בגליון הביקור הסרוק](#)

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

צילומים שבוצעו:

כתף ימין <<<

פענוח רדיולוג: מרקם גרמי תקין, לא הודגם שבר פרק גלינו-הומורלי תקין, מרווח ראש הומרוס אקרומיון תקין פרק אקרומיוקלויקולרי תקין
חתום על ידי דר. אלכס פישר בתאריך 18:02 19/09/2025

שורש כף יד ימין <<<

פענוח רדיולוג: עצמות כף היד כולל רדיוס ואולנה דיסטליים תקינים מטקרפלים פלנגיאליים תקינים לא הודגמו שברים מפרקים תקינים
חתום על ידי דר. אלכס פישר בתאריך 18:02 19/09/2025

שורש כף יד שמאל <<<

פענוח רדיולוג: עצמות כף היד כולל רדיוס ואולנה דיסטליים תקינים מטקרפלים תקינים לא הודגמו שברים מפרקים תקינים
חתום על ידי דר. אלכס פישר בתאריך 18:01 19/09/2025

ראה צילומים

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

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Sling, Elastic Wrap

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

סוג שיחרור: הביתה

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית.

ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה ומנוחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעוצמת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

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

תאריך: 19/09/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	38.11	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון מסר:	3-5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50-6794140					

שלום רב,

תאריך ביקור: 19/09/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תלונות/סיבת הפניה: אתמול טראומה לגפה עליונה ימנית במסגרת עבודתה בב"ס תיכון מהילדים סובלת מכאבים במרפק ושורש יד ימין שתף דפ בכתף

אבחנות בביקור

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
טופס הפניה כללי	70050-בדיקה רפואית - דחופה	H4	הופק

בברכה,

ד"ר אשרף כראמי	130842	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחומת הרופא

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

19/09/2025

הודפס ע"י ד"ר אשרף כראמי

00300019023

מצנבר הילה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

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

שעה: 13:11 תאריך: 19/09/2025 #ביקור 1288599 #תיק 378937

חדר	קופ"ח כללית רופא מפנה/הקבוע אשרף כראמי	הילה מצנבר		שם	RR	%SaO2	T/מום
		תז 300019023	מין נ	גיל 38 שנים 11 חדשים		99%	36.5 PO
	תאונת עבודה	רמת גן	כתובת:	טל' בית 0508644563	לח"ד B/P	דופק/P	
		נייד 0506794140			106/69	89 סדיר	

IC 1194706 21/08/24 MVA
IC 1055104 24/12/22 Back pain
IC 935080 23/08/21 MVA, XR
IC 732125 16/12/18 Inhalation of
fumes/gas/economica
IC 688853 06/07/18 Back pain
IC 688033 03/07/18 Back pain

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

ג'יקו 1288 599
החוק ב 14 31.22
19/09/2025
חולה הילה מ
תז 300019023
חומר חולץ אגו ראש
ק' גיל מניד נסאר
קופסו כללית

Sling שעה 2
1636
Elastic Wrap שעה 2
1636

מטריאג'

13:19:24

כאמ מחאמיד

Allergies: NONE

מחזור אחרון או לידה - פחות מ-4
שבועות

לא רוצה טיפול נגד כאב/חם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

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

הביתה ומעקב בקופ"ח

לביית חולים

פניו באמבולנס

הופנה לרוממה

חתימת וחוזמת רופא

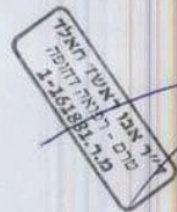
במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכיתי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופא בקופה

חתימת חולה:



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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

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



מספר רשיון 130842

ד"ר אשרף כראמי

שם הרופא

רופא משפחה

תחום

כתובת

מרפאה

ביקור רופא משפחה און-ליין

מחוז

ת"א

סיכום ביקור

תאריך: 19/09/2025

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	38.11	מין:	נ	
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרכ התפוצות	טלפון:	3-5748810	מס בית:	44
מס בית:	44	טלפון:	50-6794140	טלפון:	3-5748810				

שלום רב,

תאריך ביקור: 19/09/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תלונות/סיבת הפניה: אתמול טראומה לגפה עליונה ימנית במסגרת עבודתה בב"ס תיכון מהילדים
סובלת מכאבים במרפק ושורש יד ימין
שתף דפ בכתף

אבחנות בביקור

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
טופס הפניה כללי	70050-בדיקה רפואית - דחופה	H4	הופק

בברכה,

ד"ר אשרף כראמי

130842

נחתם דיגיטלית**

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

סיכום ביקור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-20.10.2025 בשעה 11:54 בעמוד חלוקת תוכן. תעודת זהות: 00300019023



מספר רשיון 135212
טלפון 03-6717800
פקס 03-6717801
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אריה גרינברג
תחום אורתופדיה
כתובת עזרא 11, בני ברק
מרפאה עזרא - בני ברק

תאריך: 30/09/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:				מצנבר הילה				מס זהות: 00300019023		גיל: 39.00		מין: נ	
שם משפחה ופרטי:				ישוב: רמת גן				רחוב: דרך התפוצות					
ת.לידה: 01/10/1986				טלפון: 50- 6794140				טלפון נוסף: 3- 5748810					
מס בית: 44													

18/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

16

סה"כ ימי מחלה:

ועד בכלל

15/10/2025

עד תאריך:

30/09/2025

מומלץ על מנוחה מתאריך:

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

30/09/2025

הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-26.10.2025 בשעה 11:54 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 00300019023.



מספר רשיון 135212
טלפון 03-6717800
פקס 03-6717801
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אריה גרינברג
תחום אורתופדיה
כתובת עזרא 11, בני ברק
מרפאה עזרא - בני ברק

תאריך: 30/09/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.00	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	מס בית:	44
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140	טלפון נוסף:	3- 5748810	מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140

18/09/2025

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

סוג תאונה

35757089925

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5757



035757089925



0300019023



135212

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.

לכבוד: מרפק ימין

שורש כף יד ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78135	73070	צילום מרפק ימין	10401025
78190	73100	צילום שורש/פרק יד דו צדדי	10401017
78016	73140	צילום שורש כף יד נויקולר צד ימין	10401207

המטופל מתלונן על בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפנ ישובועיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים

ממצאים עיקריים כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרקף ושורשכף יד
שמורים
שמורה NV

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9231		CONTUSION ELBOW

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
23/06/2024		OBESITY (BMI >30)
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

30/09/2025

הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-26.10.2025 בשעה 11:51 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 300019023.

ד"ר אריה גרינברג	135212	**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 מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ב"ח מפורסמת באתר הכללית		

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי		
E.E.G E.M.G		
פתח-תקווה נורדיא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך מית חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין שלום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226	נתניה דוד רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 30/09/2025
עיר/יישוב: בני ברק תיק מס': 1031509
מקלידה: דנילוב דמיטרי 10:06
גורם מבטח: ש. בריאות כללית
רופא מפנה: גרינברג אריה ר. רופא מפנה: 135212

שם משפחה: מצנבר
שם פרטי: הילה
מספר זהות: 300019023
ת. לידה: 01/10/1986 מין: נ

תוצאות צילום מרפק + כף יד ימין

מבנה, מנח, צורה של העצמות תקין.

פרקים בין העצמות תקינים.

אין עדות לשבר או נקע.

רופא בודק : ד"ר דנילוב דמיטרי
רישיון רופא בודק : 89012

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

10:58

תאריך: 15/10/2025

הפניה למיון

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		מצנבר הילה		מס זהות: 00300019023		גיל: 39.00		מין: נ	
ת.לידה: 01/10/1986		ישוב: רמת גן		רחוב: דרך התפוצות		טלפון נוסף: 3- 5748810		מס בית: 44		טלפון: 50- 6794140	

34372140604

מספר הפניה:

גורם שולח



4372

מספר הפניה



034372140604

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



022422

לכבוד: מיון אורטופדי בילינסון

ד.ב. שלום רב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8252	RT	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/09/2025:

אתמול טראומה לגפה עליונה ימנית במסגרת עבודתה בב"ס תיכון מהילדים
סובלת מכאבים במרפק ושוורש יד ימין
שתף דפ בכתף
15/10/2025: ב- 30.9.2025 אובחן שבר בסקפואיד ובוצע גבס.
מתלוננת על כאבים עזים.

סימנים חיוניים: גובה 160 19/06/2024 משקל 81 19/06/2024 bmi 31.64 19/06/2024

לחץ דם 126 / 74 20/06/2024

דופק 88 20/06/2024

25/08/2024 מתאריך 116.72 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 19/09/2025:

טופס הפניה כללי - 70050-בדיקה רפואית - דחופה
15/10/2025:

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

מגילוי	איפיון	בעיה
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

נחתם דיגיטלית

22422

ד"ר זועבי עבד אלחמיד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י ד"ר בלעום ויאם ב-15/10/2025 13:14

מלרד - אורתופדיה

מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637

אח/ות אחרא/ית: נחמי בקר

טלפון: 03-9377011

פקס: 03-9222173

ת. לידה: 01/10/1986

שם משפחה: מצנבר

ת. זהות: 30001902-3

שם פרטי: הילה

כתובת: דרך התפוצות, רמת גן, 5226459

טלפון: 0035748810

מין: נקבה

גיל: 39

תאריך קבלה: 15/10/2025 11:15

מספר קבלה: 2861770601

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: לבד

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
PAIN HAND	7295	Right	15/10/2025	✓			

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת יד

תלונה עיקרית

הילה בת 39 בריאה

ללא אלרגיה

RHD

ב 18/9 נחבלה בכף יד ימין בזמן עבודה .

פנתה ב 30/9 למרפאה אורתופדית בקהילה בשל המשכות כאבים , אוחנה עם שבר סקפויד ללא תזוזה והושמה בגבס ספייקה מלא

כעת פנה למיון בשל כאבים ביד מגובסת .

בבדיקתה -

יד ימין- בגבס ספייקה , ללא סמני לחץ , מצליחה להזיז אצבעות במגבלות הגבס , שמורה NV .

בצילום- קו שבר ללא תזוזה בקפויד מימין , עם סמני חיבור.

להמשך טיפול בגבס ובקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	כאב
11:40 15/10/2025	68	103/60	3

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' בלעום ויאם ב-15/10/2025 13:14

מלרד - אורתופדיה

מנהל/ת: פרופ' שיבר שחף מ.ר. 88637

אח/ות אחרא/ית: נחמי בקר

טלפון: 03-9377011

פקס: 03-9222173

ת. לידה: 01/10/1986

שם משפחה: מצנבר

ת. זהות: 30001902-3

שם פרטי: הילה

כתובת: דרך התפוצות, רמת גן, 5226459

טלפון: 0035748810

מין: נקבה

גיל: 39

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.

#נגד כאבים לפי הצורך.

#ד בגבס לא להרטיב- לשמור על יד מורמת ולהפעיל אצבעות.

#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע וחצי להחלטה על הורדת הגבס.

#בכל החמרה יש לפנות לרופא/ה.

חופשת מחלה: 10 ימים.

*המשך פיזיותרפיה בקהילה. ניתן לתאם תור ישירות מול מכון פיזיותרפיה באזור מגוריו עם הפניה זו.

סטטוס מטופל בשחרור

בהכרה, צלול

רופא אחראי

רופא: דר' בלעום ויאם מ.ר. 186802

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' בלעום ויאם מ.ר. 186802

כל ביקור במלרד" כרוך בתשלום\הפניה\טופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' בלעום ויאם ב-15/10/2025 13:14

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

חתימה דיגיטלית

רישיון:

186802

רופא מטפל:

דר' בלעום ויאם

חתימה דיגיטלית:



מספר רשיון 135212
טלפון 03-6717800
פקס 03-6717801
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אריה גרינברג
תחום אורתופדיה
כתובת עזרא 11, בני ברק
מרפאה עזרא - בני ברק

תאריך: 22/10/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023
ת.לידה:	01/10/1986	גיל:	39.01 מין: נ
מס בית:	44	רמת גן	רחוב: דרך התפוצות
	טלפון: 50- 6794140	טלפון נוסף:	3- 5748810

18/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 22/10/2025 עד תאריך: 01/12/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 41

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

22/10/2025

הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-26.10.2025 בשעה 11:54 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 00300019023.

תאריך: 13/11/2025

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:		מצנבר הילה		מס זהות: 00300019023		גיל: 39.01		מין: נ	
שם משפחה ופרטי:		ת.לידה: 01/10/1986		רמת גן		רחוב: דרך התפוצות		מס בית: 44	
שוב: 50 - 6794140		טלפון: 3 - 5748810		טלפון נוסף:		דרום:		מס בית: 44	

תאריך תאונה: 18/09/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 22/10/2025 עד יום 01/12/2025 (בכלל) סה"כ 41 ימים
13/11/2025 13/11/2025

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר רחל בן שוהם **נחתם דיגיטלית**

מרכז בעלי המלאכה-בני ברק

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי		
E.E.G E.M.G		
פתח-תקווה נורדיא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך מית חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין שלום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226	נתניה דוד רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עדרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 30/09/2025
עיר/יישוב: בני ברק תיק מס': 1031509
מקלידה: דנילוב דמיטרי 10:06
גורם מבטח: ש. בריאות כללית
רופא מפנה: גרינברג אריה ר. רופא מפנה: 135212

שם משפחה: מצנבר
שם פרטי: הילה
מספר זהות: 300019023
ת. לידה: 01/10/1986 מין: נ

תוצאות צילום מרפק + כף יד ימין

מבנה, מנח, צורה של העצמות תקין.

פרקים בין העצמות תקינים.

אין עדות לשבר או נקע.

רופא בודק : ד"ר דנילוב דמיטרי
רישיון רופא בודק : 89012

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

תאריך: 22/10/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.01	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

18/09/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 22/10/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 18/09/2025

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025: בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני שבועיים מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025: כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרקפ ושורשכף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025:

גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135-צילום מרפק ימין
22/10/2025

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
אישור מחלה	11	22/10/2025	01/12/2025	הודפס

סיכום והמלצות: משככי כאבים
נוגדי דלקת
פזיותרפיה - הפעלה מלאה
מנוחה
ביקורת לפי הצורך

ברכה,

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

שמורים
שמורה NV
:22/10/2025
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
:26/11/2025
:24/12/2025

****נחתם דיגיטלית****

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 176128
טלפון 03-6718200
פקס 03-6718201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר נטעלי פרמנד
תחום רפואת משפחה
כתובת הרב כהנמן, 134 - בני ברק
מרפאה מרכז בעלי המלאכה-בני ברק

תאריך: 09/11/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.01	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3 - 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50 - 6794140					

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 18/09/2025 שעת תאונה: 11:00

שם המעביד וכתובתו:

עיריית רמת גן

תאור התאונה:

שבר כף יד בזמן הפרדה בין 2 ילדים שרבו

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8252		FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 09/11/2025	עד יום 09/11/2025	(בכלל)	סה"כ	1 ימים
09/11/2025	09/11/2025			

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מרכז בעלי המלאכה-בני ברק

ד"ר נטעלי פרמנד **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



015223071426

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

מצנבר הילה

מס' זהות: 00300019023

גיל: 39.01 מין: נ

ביקור עקב תאונת עבודה

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

למשך 24 ימים סה"כ 24 יח

קפליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 17/02/2026 - 18/11/2025

מס' רישיון



169103

טלפון: 03-6718200

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר רחל בן שוהם

כתובת: הרב כהנמן, 134 - בני ברק

תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 26/11/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.02	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3 - 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50 - 6794140					

תאריך תאונה: 18/09/2025

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

הממצאים הקליניים:

בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרקפ ושורשכף יד שמורים
שמונה NV
22/10/2025
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 18/09/2025 עד יום 01/01/2026 (בכלל) סה"כ 106 ימים
26/11/2025 26/11/2025

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אריה גרינברג **נחתם דיגיטלית**

עזרא - בני ברק

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA
24/10/2025		FOLIC ACID DEFICIENCY

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
23/10/2025	23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר אריה גרינברג	135212	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומתת 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: 26/11/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.02	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/11/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני יסבועיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025:
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025:
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרקפ ושורשכף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025:
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025:

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דין/תוכנית טיפולית: דין/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025

דין/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025:
גבס ספייקה
הפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135- צילום מרפק ימין
22/10/2025:
26/11/2025:

סטטוס	עד תאריך	מתאריך	קוד	אישור
הודפס	01/01/2026	18/09/2025	113	תאונת עבודה (תעודה ראשונה)

סיכום והמלצות: המשך חופש מחלה
US

בברכה,

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA
24/10/2025		FOLIC ACID DEFICIENCY

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
23/10/2025	23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר אריה גרינברג	135212	**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

בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורשכף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025
24/12/2025
27/01/2026

נחתם דיגיטלית**	135212	ד"ר אריה גרינברג
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם 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		

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
קריית-אונג שלמה המלך פיתח הורד הקניון החדש קומה א' טל. 03-5358801/2/3	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקווה נורדאו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דוד רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שילום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 23/12/2025

עיר/יישוב: בני ברק תיק מס': 1031509

מקלידה: רועי 08:38

ת. לידה: 01/10/1986 מין: נ

גורם מבטח: ש. בריאות כללית רופא מפנה: בן שוהם פיס רחלי ר. רופא מפנה: 169103

שם משפחה: מצנבר

שם פרטי: הילה

מספר זהות: 300019023

בדיקת US רקמות רכות של כף יד ימין

סיבת הפניה: כאבים

בגיד הפלקסור של אצבע מספר 1 הודגם טנוסנוביטיס.
פרט לכך הדגמה תקינה של הרקמות הרכות באזור, ללא עדות לגושים או ממצאים חריגים אחרים.

טכנאי/ת מבצע: ואדים אדיסיס

רופא מפענח: ד"ר קופרמן
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
רישיון רופא מפענח: 19015
רישיון מפענח: 13217



נחתם דיגיטלית

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ואו את תוכנו ואו איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ואו גוף אלא בהתאם להוראות החוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה..

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

תאריך: 24/12/2025

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.03	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	מספר הפניה:	3- 5748810	טלפון נוסף:
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140	סוג תאונה:	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה:	18/09/2025	

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757096339

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



135212

לכבוד: ריפוי בעיסוק

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81074	97530	טיפול פרטני ריפוי בעיסוק	81074

FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:

בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפנ ישוביים

מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים

22/10/2025:

חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.

הורדת גבס היום.

26/11/2025:

חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL

24/12/2025:

חזרה לביקורת, עדין כאובה בUS ללא קרע של ULCL - דלקת באזור

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA
24/10/2025		FOLIC ACID DEFICIENCY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
23/10/2025	23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025:

בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:

בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:

כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורשכף יד

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

מצנבר הילה 00300019023 הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג 24/12/2025

הודפס מאתר כללית ב-15.03.2026 בשעה 13:58 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 300019023.

תאריך: 24/12/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.03	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

מספר הפניה ישירה: 35757096341

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757096341

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



135212

לכבוד: רופא תעסוקתי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - רפואה תעסוקתית	700052

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני ימינו שבועיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025:
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025:
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL
24/12/2025:
חזרה לביקורת, עדין כאובה ב US ללא קרע של ULCL - דלקת באזור

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורש כף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025:
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025:
24/12/2025:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/11/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025:
גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135- צילום מרפק ימין
22/10/2025:

תאריך: 24/12/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.03	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

מספר הפניה ישירה: 35757096341

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757096341

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



135212

לכבוד: רופא תעסוקתי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - רפואה תעסוקתית	700052

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני ימינו שבועיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025:
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025:
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL
24/12/2025:
חזרה לביקורת, עדין כאובה ב US ללא קרע של ULCL - דלקת באזור

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורש כף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025:
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025:
24/12/2025:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/11/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025:
גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135- צילום מרפק ימין
22/10/2025:

תאריך: 24/12/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.03	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/12/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2025
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני שבועיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL
24/12/2025
חזרה לביקורת, עדין כאובה ב US ללא קרע של ULCL - דלקת באזור

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורש כף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025
24/12/2025

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/11/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025
גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025
הפניה לדימות - 78135- צילום מרפק ימין
22/10/2025
26/11/2025
24/12/2025

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	81074-טיפול פרטני ריפוי בע	H9	הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - רפואה	H1	הודפס

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	14	01/01/2026	01/02/2026	הודפס

סיכום והמלצות: משככי כאבים
נוגדי דלקת
ריפוי בעיסוק
רפואה משלימה
רופא תעסוקתי

בברכה,

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/12/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/11/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025
גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135-צילום מרפק ימין
22/10/2025
26/11/2025
24/12/2025
ההפניות שהופקו ב 24/12/2025:
הפניה לפיזיותרפיה - 81074-טיפול פרטני ריפוי בע , הפניה לרפואה יועצת -
70005-בדיקה רפואית - רפואה
27/01/2026
מבקשת חופש מחלה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA
24/10/2025		FOLIC ACID DEFICIENCY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
23/10/2025	23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

23/10/2025 מתאריך CREATININE: 0.55

נחתם דיגיטלית

135212

ד"ר אריה גרינברג

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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: 27/01/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.04	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

18/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 36914061391

גורם שולח



6914

מספר הפניה



036914061391

תז נבדק



0300019023

מספר רשיון



135212

לכבוד: ריפוי בעיסוק

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81074	97530	טיפול פרטני ריפוי בעיסוק	81074

FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/12/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/11/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/10/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:

בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפנ ישוביים

מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים

22/10/2025

חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר

מחובר.

הורדת גבס היום.

26/11/2025

חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL

24/12/2025

חזרה לביקורת, עדין כאובה ב-US ללא קרע של ULCL - דלקת באזור

27/01/2026

חזרה לביקורת, טרם חזרה לעבודה. לדבריה עדין כאובה.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
11/09/2016	2010	CHOLECYSTECTOMY
22/08/2021		ACCIDENT/INJURY; NOS
22/08/2021		WHIPLASH INJURY
22/08/2021		dizznes
27/08/2024		BACKACHE
27/08/2024		CERVICALGIA
24/10/2025		FOLIC ACID DEFICIENCY

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
23/10/2025	23/06/2024		OBESITY (BMI >30)

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	CLOMIFENE TAB 50 MG 50MG

בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2025:

ממצאים קליניים

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

27/01/2026

הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-15.03.2026 בשעה 13:58 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 300019023.



מספר רשיון 135212
טלפון 03-7330800
פקס 03-7330801
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אריה גרינברג
תחום אורתופדיה
כתובת דרך יצחק רבין 53, קומה 5 - גבעתיים
מרפאה קניון גבעתיים

תאריך: 27/01/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.04	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

מספר הפניה ישירה: 36914061392

גורם שולח



מספר הפניה



תז נבדק



מספר רשיון



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.

לכבוד: ברכיים דוצ

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78030	73560	צילום ברך בעמידה דו צדדי	10401088

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפנ ישוביים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025:
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025:
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL
24/12/2025:
חזרה לביקורת, עדין כאובה בUS ללא קרע של ULCL - דלקת באזור
27/01/2026:
חזרה לביקורת, טרם חזרה לעבודה. לדבריה עדין כאובה.
כמו כן כאב ברך שמאל - בעברה חבלת ברך.

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורש כף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025:
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025:
24/12/2025:
V:27/01/2026
ברך שמאל ללא תפליט. טווח 0-130. רגישות סדק מדיאלי. יציבות שמורה. שמור NV

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

27/01/2026

הודפס ע"י ד"ר אריה גרינברג

00300019023

מצנבר הילה

הודפס מאתר כללית ב-15.03.2026 בשעה 13:58 בעבור הילה מצנבר. תעודת זהות: 300019023.

תאריך: 27/01/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר הילה	מס זהות:	00300019023	גיל:	39.04	מין:	נ
ת.לידה:	01/10/1986	ישבו:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון נוסף:	3- 5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50- 6794140					

שלום רב,

27/01/2026

תאריך הביקור:

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/09/2025:
בת 39 בריא. חבלת מרפק ושורש כף יד ימין בעבודה לפני ישובעיים
מאז כאובה הייתה בטרם - לא ואבחנה עם שברים
22/10/2025:
חזרה לביקורת כחודש וחצי לאחר החבלה. בצילום ביקורת לפני שבוע- שבר מחובר.
הורדת גבס היום.
26/11/2025:
חזרה לביקורת עדין כאובה. צריכה להלשים US בשאלה של פגיעה של ULCL
24/12/2025:
חזרה לביקורת, עדין כאובה ב US ללא קרע של ULCL - דלקת באזור
27/01/2026:
חזרה לביקורת, טרם חזרה לעבודה. לדבריה עדין כאובה.
כמו כן כאבי ברך שמאל - בעברה חבלת ברך .

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 26/11/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2025:
בדיקה גופנית מתאריך 30/09/2025:
כף יד ימין - רגשות על ASB ורגישות ראש רדיוס. טווחים במרפק ושורש כף יד שמורים
שמורה NV
22/10/2025:
עדין רגישות קלה. ללא רגישות ASB
26/11/2025:
24/12/2025:
V:27/01/2026
ברך שמאל ללא תפליט. טווח 0-130. רגישות סדק מדיאלי. יציבות שמורה. שמור NV

קוד	איפיון	אבחנה
8252	rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/11/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/10/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/09/2025:
גבס ספייקה
ההפניות שהופקו ב 30/09/2025:
הפניה לדימות - 78135- צילום מרפק ימין
22/10/2025:
26/11/2025:
24/12/2025:
ההפניות שהופקו ב 24/12/2025:
הפניה לפיזיותרפיה - 81074-טיפול פרטני ריפוי בע , הפניה לרפואה יועצת -
70005-בדיקה רפואית - רפואה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	81074-טיפול פרטני ריפוי בע	H9	הודפס
הפניה לדימות	78030-צילום ברך בעמידה דו	H3	הודפס
הפניה לדימות	78003-א.ס. US ברך שמאל	H3	הודפס

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	14	01/02/2026	18/03/2026	הודפס

סיכום והמלצות: משככי כאבים
נוגדי דלקת
פיזיותרפיה
רפואה משלימה
ביקורת לאחר הדמיה

בברכה,

ד"ר אריה גרינברג	135212	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

יפוי כח

אני הח"מ, הלל רזניצר, ת.ז. ח.פ. מס' 30009023, מרחוב ג-ג יתאמת 44, רמת

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד מס' 62254 בענין מיום 23/4/23 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 ולמתאים.
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 8 לחודש 12 שנה 2025

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשומ: 62254

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
28/8	ה'ה	300019023	ק'ק
ז"ז רמז"ל	מס' 44	מיקוד	טלפון 0506794140
רחוב	עיר		

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

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

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

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ע"י **אריאל פרידמן** _____ שם האב _____

תאריך: 8/12/25 עד לחתימה ומס' **מס' רשיון: 62254** חתימה: _____ X