



סניף : רמת גן
טלפון : 04-8812345-6050*

י"ט באייר, תשפ"ד
27 במאי 2024
מספר תיק :
05/975163-02-11

לכבוד
סייג שאול
שלם 12/8
רמת גן 5221576

אישור על דרגת נכות צמיתה (קבועה)

אנו מאשרים כי עקב פגיעה בעבודה מיום 22/10/2017 נקבעה
למר סייג שאול, מספר זהות : 05975163/6, דרגת נכות יציבה בשעור 83.00%
החל מ- 02/07/2023.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.

יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון : שינוי במצב המשפחתי או הכנסות.

אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



סניף : רמת גן
טלפון : 04-8812345-6050*

י"ט באייר, תשפ"ד
27 במאי 2024
מספר תיק :
05/975163-03-11

לכבוד
סייג שאול
שלם 12/8
רמת גן 5221576

אישור על דרגת נכות צמיתה (קבועה)

אנו מאשרים כי עקב פגיעה בעבודה מיום 19/06/2017 נקבעה
למר סייג שאול, מספר זהות : 05975163/6, דרגת נכות יציבה בשעור 10.00%
החל מ- 23/07/2018.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים
שבידי המוסד קובעים.

יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון : שינוי במצב המשפחתי או הכנסות.

אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



עמוד 1 מתוך 2

לכבוד

שאול סייג מספר זהות: 59751636

שלם 12 דירה 8

רמת גן 5221576

י"ז תמוז תשפ"ג

06 יולי 2023

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 22/10/2017) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 04/07/2023 אחוזי נכות, הכוללים הגדלת אחוזי הנכות על פי תקנה 15 לפי הפרוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-02/07/2023 ואילך (נכות קבועה)	83.0 %

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך דרגת נכות עשויה לזכות בקצבה מיוחדת בשל צרכים מיוחדים עקב הנכות. לבדיקת זכאותך, אנא פנה למחלקת השיקום בסניף מגורייך.

זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש 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 כך מהערעור ולבטלו.

לשירותך

בסניף ליד ביתך
סניף ראשי רמת גן,
החשמונאים 15
פקס: 03-6751936



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



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il





בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
ליאת שיינר
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



דוח ועדה רפואית לתום זמניות

שאל סייג, מספר זהות 59751636

סניף המגורים	סניף ראשי רמת גן	סניף הוועדה	סניף ראשי רמת גן	מספר ועדה	NV-20898-3900	תאריך הוועדה	04/07/2023	המשך לדיון מתאריך	29/06/2023
--------------	------------------	-------------	------------------	-----------	---------------	--------------	------------	-------------------	------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
שאל סייג	59751636	23/07/1965	זכר	שלם 12 דירה 8, רמת גן 5221576
טלפון:	050-8351117			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
22/10/2017	- מעמד תעסוקתי: שכיר אחראי שטחים ציבוריים בתל השומר - תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים בעבודה(79) - מהות המקרה: חבלת קרסול רגל ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה	עד תאריך	פירוט
23/10/2017	21/01/2018	91 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 06/11/2022

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
60.0%	28/12/2021	01/07/2023

נוכחות בדיון

התובע לא נכח בדיון	לא הופיע – כי לא נדרש
--------------------	-----------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר יפתח סוכנבר	פסיכיאטריה
אביגיל צפריר	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פרטי הליקויים והחתימה הועתקו מדיון קודם

לקוח	תאונה מ-2017 הייתי הולך רגל ואחרי 4 חודשים עוד תאונה. ביום שחזרתי לעבודה. בפוסט טראומה אני חווה את 2 התאונות אני חווה את זה כל הזמן. מישהי בתמרור עצור לקחה אותי לטייל. גרוש. חי עם אחד הבנים שלי. הגרושה גרה ממש 3 מטר ממני. יש ימים שאני לא ישן ולא יוצא מהבית. למדתי בסל שיקום להתמודד עם זה. הלואי שלא היה לי את כל זה. אני בסל שיקום. ביקשתי שיוציאו אותי לעבודה. ניסיתי גם להתנדב בספארי לא הסכימו. - עכשיו ישבצו אותי במסגרת סל שיקום
עורך דין	אין מחלוקת שהאבחנה הנפשית היא כתוצאה מ-2 התאונות. יש תיעוד שהיה באישפוז יום ועדין מטופל בשיבא. הופנה לגמילה ותעסוקה מוגנת. נבקש נכות צמיתה.

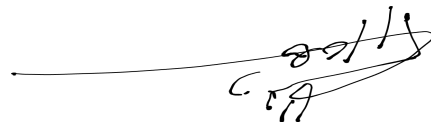
מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

לא חזר לעבודה עקב הפגיעה. נימוק: עקב מצבי הנפשי מהתאונות

הצהרה

חתימת הלקוח על הפרוטוקול נעשתה במהלך הדיון שבוצע בתאריך 29/06/2023

חתימה:



ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

תלונותיו הסובייקטיביות הינן כפי המתוארות בבדיקה קודמת של הוועדה מ-15/3/22. מבחינת הבדיקה האובייקטיבית הממצאים הינם כפי הוועדה הקודמת. האבחנה נשארת על כנה.

מסקנות

נכותו הנפשית צמיתה בשיעור 50% לפי סעיף 34ב(5)

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
F43.2 - הפרעת הסתגלות		22/10/2017	קיים קשר סיבתי

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/01/2019	הפרעת הסתגלות	48(3)(א) הגבלה ניכרת של תנועות הקרסול 10%	10% צמית	- איבר: רגל - צד: ימין
מ: 02/07/2023	הפרעת הסתגלות	34(ב)(5) הפרעות במצב הרוח, הפרעות חרדה, הפרעות תלויות דחק, הפרעות סומטופורמיות והפרעות אכילה- רמסיה חלקית עם סימנים קליניים ברורים, קיים צורך בטיפול תרופתי קבוע, קיימת הפרעה קשה בתפקוד הנפשי והחברתי, ישנה הגבלה קשה של כושר העבודה 50%	50% צמית	

תקנה 15

הוועדה החליטה להגדיל את אחוזי הנכות בשיעור של 50.0 %
הועדה לא מפעילה תקנה 15 מלא

שקילול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת הנכות	אחוז נכות משוקלל	תוספת תקנה 15	אחוז נכות כולל תקנה	שקילול לפטור ממס
02/07/2023		צמית	55%	27.5%	83%	55%

■ מ- 02/07/2023 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 83%, הכוללים הגדלת אחוזי הנכות על פי תקנה 15

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר יפתח סוכנבר

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 יפתח סוכנבר מ"ר 13864

רופא מומחה בפסיכיאטריה, מת"מ 7961

הצהרה של מזכיר הוועדה: אביגיל צפריר

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: אביגיל צפריר

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
פרוטוקול ועדת רשות - תקנה 18	28/05/2023
ב. רופא בבי"ח - פסיכיאטר Psychiatric-hospital exam	23/04/2023
אשפוז יום פסיכיאטרי מבוגרים בכל בתי"ח Adult psychiatry	11/12/2022
ב. רופא בבי"ח - פסיכיאטר Psychiatric-hospital exam	28/05/2023
ב. רופא בבי"ח - פסיכיאטר Psychiatric-hospital exam	27/02/2023
ב. רופא בבי"ח - פסיכיאטר Psychiatric-hospital exam	23/03/2023
פרוטוקול ועדת רשות - תקנה 15	03/07/2023
פרוטוקול נפגעי עבודה	29/06/2023

נספח מונחים

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

- מהו דיון המשך?
דיון המשך – דיון שנפתח לאחר דיון קודם שנעצר.
- 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 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.
- מהי תקנה 15?
הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה.
ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.

[illegible]

.6

[illegible]

7

22 קנה: פ'סץ 59 קוץ, כיטק וגר 59 קוץ, בלח 59 קוץ, אסוף 59 קוץ
 סילוב 59 קוץ, סילוב 59 קוץ, אסוף 59 קוץ, אסוף 59 קוץ
 קוץ, אסוף 59 קוץ, אסוף 59 קוץ, אסוף 59 קוץ

.8

תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית	החלטת הוועדה
		אחוז	סעיף			

.9

1. 20.10.2020

$\frac{1}{2} \text{ mole of } \text{H}_2\text{O} \text{ is formed from } \frac{1}{2} \text{ mole of } \text{H}_2 \text{ and } \frac{1}{4} \text{ mole of } \text{O}_2$
 $\therefore \text{Heat evolved} = \frac{1}{2} \times 286 \text{ kJ} = 143 \text{ kJ}$

[illegible]

אשר לפי החוק הזה

[illegible]

דיין בהפעלת _____ תקנה 15 _____ תקנה 16 (בנכות יציבה) האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? _____ לא _____ כן

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? לא כן שיעור ההפעלה: 1/4 - 1/3 - 1/2 - ב

הנימוקם לחלטת: משום אשמתו הנכסד בל יחוייב
אין צדקת אדם אלא צדקת אלוהים

הוועדה אינה יכולה לסיים את הדיון וגדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הוועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: לא _____ כן, בעוד _____ שנים. נימוק: _____

האם ניתן למסור דו"ח הוועדה לידי התובע? כן לא

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? כן _____ לא _____

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	19/06/2017	02/01/2019

14. החלטת הוועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול בישיבה מתאריך 02/01/2019 בקשר לפגיעה מתאריך 19/06/2017

נכות זמנית			
בשיעור		לתקופה	
%	במילים	מיום	עד יום
			סעיף במבחנים

נכות יציבה							
בשיעור		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%			
%	במילים	חליקוי	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%
10	א	נ	2	2	IP (1) 42		
10 %	נכות משוקללת						
%	הגדלה לפי תקנה 15 ב:						
10 %	דרגת הנכות היציבה מיום:						

נכות יציבה נוספת							
בשיעור		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%			
%	במילים	חליקוי	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%
%	נכות משוקללת						
%	הגדלה לפי תקנה 15 ב:						
%	דרגת הנכות היציבה מיום:						

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	19/06/2017	02/01/2019

חתימת הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לפונה חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של הפונה.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הפונה.

לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
ארסבן אברהם	אורטופד		02/01/2019

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 02/01/2019 שם מזכיר הישיבה צפריר אביגיל חתימה וחותמת

צפריר אביגיל
מזכיר הישיבה
מ.ה. 8568 מ.ד.מ. 7513

ד"ר מרדכי שטרן
מנהל לרפואת פנימית
מ.ה. 1050

59751636	64	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון	פיצול	
69	06	
סוג מסמך	מספר דפים	

סודר בקשה	4
סודר דיון	15
מס' ועדה	839268
נושא דיון:	
סיכום דיון	

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה



דו"ח ועדה רפואית
לערים 221



סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
רמת גן	רמת גן	839268	26/12/2019

1.

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
סייג	שאול	זכר	גרש	23/07/1965	59751636
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
שלם	12			000000	רמת גן
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			050-8351117		

2.

פרטי הפגיעה					
תאריך הפגיעה 22/10/2017		מקצוע		מהות הפגיעה חבלת קרסול רגל ימין.	
תיאור הפגיעה: תאונת דרכים בעבודה(79)					
סוג האישור: רושיא					
החלטת הוועדה נשוא הערעור					
תאריך		נכות צמיתה		נכות זמנית	
		%	מיום	%	מיום עד יום
20/03/2019		19.00	01/01/2019		
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:		פירוט תעודות אי כושר שנדחו:			
מיום		עד יום		מיום עד יום	
23/10/2017		21/01/2018			
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					
1.		2.			

4.

מסמכים שעמדו בפני הוועדה				
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	
22/10/17	פגישת רגל ימין	6.		1.
		7.		2.
		8.		3.
		9.		4.
		10.		5.
חזר לעבודה בתאריך _____ לא עובד, הסיבה _____				
החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____				
האם קיימת ירידה בהכנסות? לא _____ כן, הסיבה _____				
ממשיך לקבל טיפול רפואי? לא _____ כן, פרט _____ טיפול תרופתי _____ פיזיותרפיה _____ המשך מעקב _____				
טיפול משלים _____ אחר _____				

5

771 771

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	22/10/2017	26/12/2019

6. התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7. ממצאים בבדיקת הוועדה:

8. התייחסות לחוות דעת יועץ הוועדה

תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית	החלטת הוועדה
		אחר	סעיף			

9. אבחנות

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	22/10/2017	26/12/2019

10. סיכום ומסקנות: יש לפרט האם הנכות נובעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה

האם צ"ע בנטיס/אצט ילד וכן בנטיס/אצט חולה
 לא מ באצט ילד לא ידעתי להכריע
 הוצרה לקבלת חילצ ולצט כסית
 וכלל אצט נטיס/אצט וכן לא נטיס/אצט
 נטיס/אצט בוצע יום 24/10/2017

11. דיון בהפעלת תקנה 15 תקנה 16 (בנכות יציבה) האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? לא כן

הוועדה מבקשת לקבל: בדיקת הכנסות מפקיד תביעות חוות דעת הרשות

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? X לא כן שיעור ההפעלה: ב- 1/4 ב- 1/3 ב- 1/2

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? לא כן

הנימוקים להחלטה: לא ילד וצט כסית

12. הוועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הוועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: לא כן, בעוד שנים. נימוק:

13. האם ניתן למסור דו"ח הוועדה לידי התובע? לא כן

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? לא כן

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	22/10/2017	26/12/2019

חתימת הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

- א. לא נתתי לפונה חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
ב. איני הרופא המטפל של הפונה.
ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה.
ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הפונה.
לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
דוד רמי	אורטופד		26/12/2019
רומוב מיכאיל	פסיכיאטר		26/12/2019

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 26/12/2019

שם מזכיר הישיבה שער אל־שבע

חתימה וחתימת

M.D. S.K. Jyoti Prakashan
Dr. Ramon M. Jyoti Prakashan

7407 מ"ר 707
מחלקת המבחן
מ"ר 16284 מ"ר 10142

59751636	03	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון	פיצול	
69	06	
סוג מסמך	מספר דפים	

3	סודר בקשה
6	סודר דיון
813628	מס' ועדה
נושא דיון:	
דיון ראשון	

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה



דו"ח ועדה רפואית

לעריים 221

2

סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
רמת גן	רמת גן	813628	02/01/2019

1.

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
סייג	שאול	זכר	גרש	23/07/1965	59751636
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
שלם	12			000000	רמת גן
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			050-8351117		
דואר אלקטרוני					

2.

פרטי הפגיעה			
תאריך הפגיעה	מקצוע	מהות הפגיעה	חבלת מרפק שמאל, רגישות באיזור צלעות מימין
19/06/2017	מקצוע	חבלת מרפק שמאל, רגישות באיזור צלעות מימין	חבלת מרפק שמאל, רגישות באיזור צלעות מימין
תיאור הפגיעה: תאונת דרכים בעבודה (79)			
סוג האישור: רושיא			
החלטת הוועדה נשוא הערעור			
נכות צמיתה		נכות זמנית	
תאריך	%	מיום	%
16/10/2018	5.00	23/07/2018	
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:		פירוט תעודות אי כושר שנדחו:	
מיום	עד יום	מיום	עד יום
20/06/2017	22/07/2017	23/07/2017	23/07/2017
תיק דמי פגיעה		תיק נכות מעבודה	
נכות כללית		ניידות	
איבה		מס הכנסה	
נא פרט על פגיומות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)			
1.		2.	

4.

מסמכים שעמדו בפני הוועדה				
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	
23.4.18	פחיתות רגל	6.		
15.1.18	חוקי אקט	7.		
3.2.18	חוקי אקט	8.		
16.1.18	חוקי אקט	9.		
12.12.18	חוקי אקט	10.		
חוקי אקט בתאריך 12.12.18				
החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה				
האם קיימת ירידה בהכנסות? כן, הסיבה				
ממשיך לקבל טיפול רפואי? לא				
טיפול תרופתי				
טיפול משלים				
אחר				

פרוטוקול

התובע נכח בדיון _____
התובע הוזמן ולא הופיע _____
דיון ללא נוכחות התובע _____

בעת הדיון נכח גם: _____
עו"ד: שם _____
מלווה: שם _____

מס' רישיון 8224 _____
קרבה _____
ת"ז _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי _____
ת.ז. _____
דרכון _____
רישיון נהיגה _____
אחר _____
ואם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? _____
לא _____
כן - שם הרופא _____

הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____
התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו. _____
הדיון נפסל, הסיבה: _____

המעורר _____
ערעור המוסד מתאריך _____
ערעור הנפגע מתאריך _____
פסק דין מיום _____

תקנות התובע _____
שם _____
מס' _____
ת.ז. _____
דרכון _____
רישיון נהיגה _____
אחר _____
ואם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? _____
לא _____
כן - שם הרופא _____

נימוקי הערעור _____
שם _____
מס' _____
ת.ז. _____
דרכון _____
רישיון נהיגה _____
אחר _____
ואם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? _____
לא _____
כן - שם הרופא _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.
שמות הפוסקים הרפואיים: _____
ארסבן אברהם _____
אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית _____
כן _____
לא, הסיבה _____
חתימת התובע _____

.6

הוסיף שם ב"ר לוי - חתן. חיון נ - אר.ה.א
 וכן הוסיף הוסיף נוסף ב"ר לוי (אשר) וז"ל
 "אשר חתנו" ע"י קהל גבית פאנא"
 חתנו א"ב ב"ר אהרן חתן, (אשר) (אשר) וז"ל
 ד"ר אשר ב"ר אהרן חתן, (אשר) (אשר) וז"ל
 ב"ר אהרן חתן ב"ר אהרן חתן, (אשר) (אשר) וז"ל
 (אשר) (אשר) וז"ל

7

22 קנה: פ'סץ 69 קוץ כיטק וגר 69 קוץ בלחם זמאן
סיכור איתני 200 סיכור טריט 100 אלסין וחסה סיכור
טריט וזמיר 90 ממך לר ובזנר באילם

.8

תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית	החלטת הוועדה
		אחוז	סעיף			

.9

1. 20.10.2020, 5-8-2, 1/10-2020

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	19/06/2017	02/01/2019

10. סיכום ומסקנות: יש לפרט האם הנכות נובעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן הנכות זמנית והן הנכות יציבה

הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר. הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר.

הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר. הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר.

הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר. הנכות נובעת מהפגיעה בשרירי היד הימנית, כתוצאה מנפילה ב-19/06/2017. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר.

11. דיון בהפעלת תקנה 15 ותקנה 16 (נכות יציבה)

האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? לא כן

הוועדה מבקשת לקבל: בדיקת תכנסות מפקיד תביעות חוות דעת הרשות

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? לא כן שיעור ההפעלה: ב-1/4 ב-1/3 ב-1/2

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? לא כן

הנימוקים להחלטה: השריר הימני לא חזר לעבודתו. הנכות היא נכות זמנית, שכן אין צפייה להחלמה מלאה של השריר.

12. הוועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הוועדה ממליצה לדון מחדש נכות בעתיד: לא, כן, בעוד שנים. נימוק:

13. האם ניתן למסור דו"ח הוועדה לידי התובע? לא

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? לא

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	19/06/2017	02/01/2019

14. החלטת הוועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול בישיבה מתאריך 02/01/2019 בקשר לפגיעה מתאריך 19/06/2017

נכות זמנית			
בשיעור		לתקופה	
%	במילים	מיום	עד יום
			סעיף במבחנים

נכות יציבה							
בשיעור		ממצ קודם		מידת השפעה סה"כ 100%			
%	במילים	חלקי	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%
10	א	2	2	IP (1) 42			10
10	%	נכות משוקללת					
10	%	הגדלה לפי תקנה 15 ב: התוספת באחוזים					
10	%	דרגת הנכות היציבה מיום: 23.10.17 במילים: 100					

נכות יציבה נוספת							
בשיעור		ממצ קודם		מידת השפעה סה"כ 100%			
%	במילים	חלקי	סעיף במבחנים	אחוז הנכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%
%	נכות משוקללת						
%	הגדלה לפי תקנה 15 ב: התוספת באחוזים						
%	דרגת הנכות היציבה מיום: במילים:						

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
שאול סייג	59751636	19/06/2017	02/01/2019

חתימת הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לפונה חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של הפונה.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח הפונה.

לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד.

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
ארסבן אברהם	אורטופד		02/01/2019

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין הפונה ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 02/01/2019 שם מזכיר הישיבה צפירי אביגיל חתימה וחותמת

צפירי אביגיל
מזכירת הישיבה

ארסבן אברהם
אורטופד-מנתח
מ.ר. 8568 מ.ר. 7513

ד"ר מרדכי שטרן
מנהל לרפואת פנימית-רפואת
מ.ר. 1050