



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מאי 2026 05
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 12/02/2026
הנפגעת: קורל חזן, ת"ז 315118364
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשתי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

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

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

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

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



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונה הנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- מתנדב** – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום**, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- 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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

315118364 מס' זהות / דרכון										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
01 סוג המסמך		דפים									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
חזן	קורל	315118364
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: koralhaz10@gmail.com
	0556667023	

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
		ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל (כדורגל נשים רעננה (ע"ר)			תפקיד התובע במקום העבודה שחקנית כדורגל בליגת על		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הסנונית	20			רעננה	4372310
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			
	0547528421				

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

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק			סוג העיסוק		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל☐ משמר הכנסת☐ שב"ס☐ משא"ז☐ משטרה☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה																
		20:00	חמישי	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>	1	2	0	2	2	0	2	6	יום		חודש		שנה			
1	2	0	2	2	0	2	6													
יום		חודש		שנה																
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ תאונה בבניין בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____ תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____ במהלך משחק ליגה שחקנית קפצה לכדור בתנועה סיבובית והרגישה דקירה מאחורי ברך ימין. לא יכלה להמשיך לשחק.																				
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:																				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☒ אחר	050-7722909																
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☒ אחר	054-8122319																
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה																				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון																	
12 02 2026	דורותי גור	מנכלית																		

4

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

האיבר שנפגע		מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)		מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	
ברך ימין		קרע במינסקוס			
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		תקופת אשפוז		שם בית החולים / מחלקה	
שנה		חודש		יום	
שעה		דקה		רצ"ב תיעוד רפואי	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי					
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים					
פרטי הרופאים המטפלים					
שם הרופא		תחום המומחיות		כתובת המרפאה	
שם הרופא		תחום המומחיות		טלפון המרפאה	
רצ"ב תיעוד רפואי					

5

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
עורך דין אריאל פרייברג	אבא הלל 7 רמת גן	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה		☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.	
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות		☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☒ אחר _____	
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____			
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן			
תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____			
כתובתנו _____ מס' טלפון _____			
מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____			
האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף			
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____			

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום

עד תאריך	מתאריך
שעה דקה שנייה	שנה חודש יום

עד תאריך	מתאריך
שעה דקה שנייה	שנה חודש יום

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **x** _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

חזן קורל

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק הפועלים בע"מ	קדימה: המעלית פינת רח' הזרם 6 ב	653	284199

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

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

תאריך: _____ חתימת התובע X _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"ס	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@ _____	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

1

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: האצטדיון הי"א של אשדוד

שעת הפגיעה 20:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: היא היתה אמורה לעבוד באצטדיון אשדוד

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: מגרשי כדורגל בישראל

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם דוראל הלוי ת.ז. 316460047

2. שם צחי קלפנר ת.ז. 034472696

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שחקנית	משחק כדורגל ליגת על		
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
15:30	22:00		

☐ תאונה בבניין: שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכתובת שבה היה אמור לעבוד?

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
(כדורגל נשים רעננה (ע"ר	9 2 4 5 9 4 3 8 5 0 0
תאריך תחילת עבודה: <u>20/07/2025</u>	מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
	היקף המשרה ב-30% <u>5</u> מספר ימי העבודה בשבוע: <u>5</u>

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות

ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש	יומי	חודשי	סכום	לתקופה	
חודש 01/2026	16	☐	10,000		
חודש 12/2025	16	☐	9,990		
חודש 11/2025	16	☐	9,990		
חודש 10/2025	16	☐	9,990		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט נא לפרט

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר מיכל ימין מספר טלפון: 050-4255547

דואר אלקטרוני: sa-cpas.co.il @ michal שם ותפקיד החותם דורותי גור מנכ"לית חתימה וחומתת כדורגל נשים רעננה

חתימת המעסיק 23.4.2026 תאריך 580659456 ח.פ. 580659456

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	315118364	שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	קורל
חזן		
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____



זימון תור חדש



מכון MRI

הנדון: חזן, קורל, ת.ז: 315118364 תאריך לידה: 17/01/1999

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 28/02/2026להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך ימין

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו-PD עם דיכוי שומן ואקסיאלית PD עם דיכוי שומן. הבדיקה הושוותה לבדיקת MRI קודמת טרום ניתוחית מה-31.8.2019

התוויה קלינית: חבלה סיבובית.ממצאים:

הודגמו אותות תקינים ממח העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס. מודגם מצב לאחר שחזור רצועת ה-ACL. הרצועה המשוחזרת מודגמת המשכית ובעמדה תקינה. מודגם רוחב תקין של התעלה הטיביאלית והפמורלית. לא הודגם "ציקלופ" בקדמת המרווח הפירקי. שאר הרצועות וגיד הפופליטאוס מודגמים שמורים. מודגם קרע אלכסוני בשורש האחורי של המניסקוס המדיאלי. קדמית לשורש המניסקוס מודגם שבב מניסקיאל מנותק חלקית בקוטר 7 מ"מ בציר הסגטלי (חתך 14 סדרה 4) ובקוטר 1 ס"מ במישור הקורונלי (חתך 24 סדרה 3). המניסקוס הלטרלי מודגם תקין. המנגנון המיישר מודגם תקין. סחוס הפיקה שמור. הודגם נזל תוך פירקי בכמות קטנה, ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

לסיכום: קרע מורכב במניסקוס המדיאלי ושינויים פוסט ניתוחיים לאחר שחזור רצועת ה-ACL כמתואר.בברכה,
ד"ר פרידמן יהודה
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 21558הוקלד על ידי: טלי יופליס
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00

תעודת זהות: 315118364 תאריך הדפסה: 19/03/2026 עמוד 1 מתוך 2

כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

מה הצעד הבא

אישור



תאריך: 24/03/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



142378

מסמך אושר
דיניטלית
מכבי

טלפון: 09-8904720

כתובת: סשה ארגוב 23, רעננה (במרכז המסחרי בקומה 1, במדרגות הנעות יש לפנות ימינה ואז שוב ימינה).

ד"ר סגל אוהד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 09-7962075

מין: נ

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 23/02/2026 בשעה 17:25:03 שחקנית כדורגל ברעננה חבלה סיבובית לברך ימין לפני שבועיים (ניתוחים בשתי הברכיים - צולבות ומניסקוסים) החלה פיזיותרפיה וטיפולים, שיפוןר חלקי ועדיין עם כאבים בדיקתה הליכה בדפוס תקין וללא נפיחות או עיוות רגישות מעל סדק פרקי מדיאלי מבחנים מניסקיאלים חיוביים מדיאלית טווח מלא וברך יציבה בכל המישורים סונר תקין מופנת לMRI ברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2026 בשעה 09:52:32

קרע מניסקוס מדיאלי, צולבת במראה תקין דנו בממצאים והאופציות הטיפוליות ממליץ על מיצוי טיפול שמרני הכולל פיזיותרפיה וזריקות מחליפות ניתוח (ארתרוסקופיה טיפולית) 3 זריקת PRP בהפרש של שבוע בינהן וזריקה אחת של חומצה היאלורונית

אבחנות:

• SPRAIN KNEE UNS

בעיות ידועות:

• FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
• KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

24/03/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



ד"ר גיא מורג
מומחה לכירורגיה אורטופדית
רשיון מס. 31446 רשיון מומחה 20559

שם פרטי: קורל	שם משפחה: חזן	ת.ז/מספר מזהה: 315118364
גיל: 27.2	טלפון נייד: 0556667023	
חברת ביטוח:	קופ"ח:	

תאריך: 06/04/2026 שעה: 16:45
תלונה עיקרית:

בת 27, בריאה בדר"כ
6.4.2026 - ב- 2018 עברה שחזור צולבת קדמית ברך שמאל וב- 2019 ארטרוסקופיה ומניסקטומיה מדיאלית חלקית ברך שמאל
בסוף אוקטובר 2019 עברה שחזור צולבת קדמית ברך ימין בעזרת המסטרינגס עצמוני ותפירת מניסקוס פנימי בעזרת 2 עוגני TRUESPAN
חזרה לפעילות מלאה
לפני כחודש חבלה סיבובית ברך ימין, כאב ומעט נפיחות
החלה פיזיותרפיה
עברה בירור כולל MRI
חזרה לריצות בקו ישר, מרגישה יותר טוב
יש מעט כאב בשינויי כיוון ותחושה של תקיעות קטנות

בדיקה גופנית:

6.4.2026 - ברך ימין- טווח מלא, 4 ראשי טוב, ברך יציבה, אין נפיחות, יש מעט רגישות מדיאלית אחורית אפלי בספק, מקמורי עם קליק קטן
ב- MRI- הצולבת תקינה
יש קרע קטן בקרן האחורית של המניסקוס המדיאלי עם FLAP שהתהפך
קיבלה הסבר
ממליץ ארטרוסקופיה לטיפול במניסקוס
קיבלה סהבר על הניתוח וזמני ההחלמה
יכולה בינתיים להמשיך טיפוס שמרני ולנסות לחזור לפעילות במידה וחשה בטוב

סכום והמלצות:

- 1- רשאית חזרה הדרגתית לפעילות מלאה כולל מגע ומשחק בחודש וחצי הקרובים
- 2- ממליץ ארטרוסקופיה לברך ימין לטיפול במניסקוס
- 3- במידה ומעוניינת בניתוח תתאם מול לירן 0523340055
- 4- בינתיים פיזיותרפיה

הוראות להמשך: לתיאום ניתוח יש לתאם עם לירן 0523340055

בברכה,
ד"ר גיא מורג
מומחה לאורתופדיה

ד"ר גיא מורג
מנהל שירות יחידת הספורט
מ.ר. 31446 מ.ר. 20559
החטיבה אורתופדית
המרכז הרפואי תל אביב

הרצליה מדיקל סנטר, רחוב החושלים 8, קומה 2 אגף B.
לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון 09-9592999 או ל- 054-4266890

הופק ב-06/04/2026 17:21 ממערכת טיפולוג. השימוש בהתאם לחוק הגנת הפרטיות

קורל ח. 315118364

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטן יירשמו פרטיו)

שם משפחה חל שם פרטי חל תעודת זהות 315111364 שם האב _____
 מס' 48 עיר ירושלם מיקוד _____ טלפון _____
 רחוב נחל

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, 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 הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תחא 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 וחיא 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: 1.11.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. עוזד אריאל 271274 חתימה: _____ X
 מס' רשיון: 52254

י פ ו י כ ה

דור 131
מס' 49

אני הח"מ, מרחוב מרת 49 סוויט, ת.ז. מס' 491511364, את עויד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי במשפט של נבד ממנה בזה מבלי לפגוע בכלליות המינוי בענין תאונת דרכים מיזם - חנייל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין חנייל וחובע 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 חליך אחר הנוגע או הנובע מחליך חנייל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח תזראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש חכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות ותובעות מהענין חנייל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין חנייל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות חנייל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים חנייל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עויד, 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 חנייל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני דושם הקרקעות, במשרדי ספרי אוזוז, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה תמוכרת ע"י חזוק 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 חסמכויות שבו או חלק מהן לעמיד 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 ולחיפך.

ולראית באדני על החתום

היום 1 לחודש 11 שנה 2022

חתימה: X הנ

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך דין~~
~~עורך דין~~