



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,

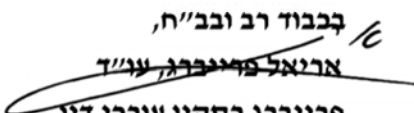
תאונה מיום 15/02/2026
הנפגע: אבו סאלח מודפר, ת"ז 200605483
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

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

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

כבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמילוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף טופס זה

- ☞ תעודה 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; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ **מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ **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, **שילבי 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(02.2023)

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות **200605483**

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
הודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
אבו סאלח	מודפר	2 0 0 6 0 5 4 8 3
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0 5 0 9 5 5 6 6 3 0	Modafar3788 @ Gmail.com
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
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתי, 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
אלסיידה מרים אלעדראא תד 9662	38	
מיקוד	יישוב	דירה
3081000	סחי'נין	

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		משרד הבריאות	
תפקיד התובע במקום העבודה		אח מוסמר	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
רחוב ירמיהו ת"ד 1176	39		
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס	מיקוד
0 8 1 6 2 4 1 0 1 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 2 5 6 5 5 9 6 9	9446724
☒ לא ☐ כן, פרט:			
☒ לא ☐ כן, פרט:			
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)			
שם העסק		סוג העיסוק	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס	מיקוד

בז 211 (02 2023)

ת.ז: 200605483

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שב"ס ☐ 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
		5:30-06:30	ראשון	1 5 2 2 0 2 6 שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה ☐ כביש החוף צומת נתניה הצפונית (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך ☐ בתאונה בבניין ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר מסתייג בצפון לבית חולים שיבא תל השומר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

בזמן נסיעה בכביש החוף בדרך לעבודה נכנס ב' רכב מאחורה _____

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן , פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	שוטר שנסע לפניי עצר בעת התאונה אך אין לי את הפרטים שלו ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה
משאבי אנוש שיבא		03-5308080	1 5 0 2 2 0 2 6 שנה חודש יום

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)
צליפת שוט	פגיעת ראש, כאבי ראש צוואר חגורת כתפיים וגב תחתון	מיון שיבא
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2 0 2 2 5 1 חודש 2 0 2 2 5 1 יום 6 2 0 2 2 5 שעה 0 3 0 5 0 0		שיבא / מיון כללי
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים רצ"ב תיעוד רפואי		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

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	דרך אבא הלל 7 רמת גן	0546544930

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 _____
 כתובתו _____ 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

עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						מתאריך 15.02.2026 <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה																						
שנה	חודש	יום																																																						
שנה	חודש	יום																																																						
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>						שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>						שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																				
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																				
שנה	חודש	יום																																																						
שנה	חודש	יום																																																						
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>						שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>						שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="5"></td></tr> </table>									שנה	חודש	יום						
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																				
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																				
שנה	חודש	יום																																																						
שנה	חודש	יום																																																						

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 08:00 עד שעה 20:00 ☐

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** _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

אבו סאלח מודפר			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק מסד	סניף כרמיאל	504	186175

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

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

תאריך: 26.02.2026 חתימת התובע * 282/11

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות מ"ב	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. _____

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

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

פגיעה בדרך לעבודה: ☐ כן ☐ לא

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 _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

מספר הבראות: 9 4 1 9 0 1 0 7 6

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 100

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

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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה ב"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 11/2025	חודש מלא	☒ יומי ☐ חודשי	16,725.21		
חודש 12/2025	חודש מלא	☒ יומי ☐ חודשי	17,460.99		
חודש 01/2026	חודש מלא	☒ יומי ☐ חודשי	19,637.43		
חודש 02/2026	חודש מלא	☒ יומי ☐ חודשי	19,405.37		

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

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

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: _____ לא שם איש קשר לבידור פרטי שכר _____ מספר טלפון _____

דואר אלקטרוני: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 2.6.26

שם ותפקיד החותם: _____

ע"ש חיים שניא-הל המשורר
מחלקת שכר
טל: 5303-55
חתימה וחותמת
מחלקת שכר
טל: 5303-55
חתימת המעסיק
מחלקת שכר
טל: 5303-55

בא ציין את מספר תעודת זהות

1.2.26-12 of 138

משרד המשפטים
03-5303789
03-5303790
חתימה וחתימה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22: ☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 15/2/26 עד תאריך 17/2/26 ושלמנו לו דמי פגיעה כחוק.

200605483 : 1.7

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות _____
200605483

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
15/02/2026 יום חודש שנה	200605483	60
שם פרטי	שם משפחה	
מודפר	אבו סאלח	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותי.

תאריך _____ 26.02.2026 חתימת המבוטח x _____

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראית : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל : Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור

שם משפחה: אבו סאלח	שם פרטי: מודפר	ת"ז: 200605483
גיל: 37	מין: זכר	טלפון נייד: 0509556630
תאריך ביקור: 07:34 15/02/2026	מספר ביקור: 10036652	קופת חולים: כללית
כתובת: סח'נין 3081000		

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle traffic accident [MVA, MVTA, road] (E819.9)

תחלואה נלוות

- Dermatitis atopic (eczema) (691.8)
- SMOKER - HEAVY
- CHEST PAIN

ניתוחים בעבר

S/P LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY 449700 (47.01) (12/03/2015)

S/P 06/03/2016)) 1) (ללא פעולות/ניתוחים)

S/P 17/05/2016) (.) (ללא פעולות/ניתוחים)

S/P ARTHROSCOPIC, KNEE SURGICAL, COMPLEX, 298802 (80.26) (Right) (02/04/2017)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיבות נוספות: תאונת עבודה

הערות: בן 37, עובד בשיבא

לדבריו, הבוקר תאונת דרכים כנהג, נכנסו בו מאחור במהירות בינעירונית. מתאר כאבי ראש-צוואר ושכמות. ללא איבוד הכרה, ללא פתיחת כריות אויר.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	אמצעי עזר לנשימה
07:59 15/02/2026			67	97		
07:59 15/02/2026	3					ללא חמצן/אוויר חדר
07:58 15/02/2026		36.8		105 / 70		

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' שפי עמיחי מ.ר. 146847 08:23 15/02/2026

בן 37 אח עובד מוסדנו ברקע אסתמה של העור ===ביום קבלתו בדרכו לעבודתו - מעורב בתאונת דרכים כשרכב שהגיה מאחור

שם מלא: אבו סאלח מודפר 200605483

התנגש בו. ללא פתיחת כריות אוויר. חבלת ראש אזור פרונלי מימין ללא אובדן הכרה, זוכר את האירוע במלואו. מציין מאז כאבים בצוואר ובכתפיים ללא אירועי הקאות, ללא חולשת גפיים. מציין קושי להתפקס בעיניים בחצי שעה האחרונה - אך ללא טשטוש ראייה קבוע או ראייה כפולה מדדים חיוניים תקינים ללא חום בבדיקתו - נירולוגית - אישונים שווים מגיבים לאור, עצבים קארנליים שמורים כוח גס שמור תחושה שמורה, תפקוד צרלברי שמור צוואר- ללא רגישות מידליין עמוש צווארי לכל אורכו, רגישות פאראוטטרברלית CT HEAD RULE - שלילי לסיכום בן 37 מעורב בת"ד עם תמונה של צליפת שוט ללא ממצאים המצריכים המשך בירור או הדמיות במסגרת מלוד כעת משוחרר עם ההמלצות

סיכום רופא משחרר

בן 37 אח עובד מוסדנו
ברקע אסתמה של העור
===

ביום קבלתו בדרכו לעבודתו - מעורב בתאונת דרכים כשרכב שהגיה מאחור התנגש בו.
ללא פתיחת כריות אוויר.

חבלת ראש אזור פרונלי מימין ללא אובדן הכרה, זוכר את האירוע במלואו.
מציין מאז כאבים בצוואר ובכתפיים
ללא אירועי הקאות, ללא חולשת גפיים.

מציין קושי להתפקס בעיניים בחצי שעה האחרונה - אך ללא טשטוש ראייה קבוע או ראייה כפולה

מדדים חיוניים תקינים ללא חום

בבדיקתו -

נירולוגית - אישונים שווים מגיבים לאור, עצבים קארנליים שמורים כוח גס שמור תחושה שמורה, תפקוד צרלברי שמור צוואר- ללא רגישות מידליין עמוש צווארי לכל אורכו, רגישות פאראוטטרברלית

CT HEAD RULE - שלילי

לסיכום בן 37 מעורב בת"ד עם תמונה של צליפת שוט ללא ממצאים המצריכים המשך בירור או הדמיות במסגרת מלוד כעת משוחרר עם ההמלצות

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
15/02/2026 08:24	דר' שפי עמיחי מ.ר. 146847	#משככי כאבים על פי הצרך #2 ימי מנוחה #המשך מעקב רופא משפחה	

המלצות להמשך טיפול בשיבא

חופשת מחלה: 2 ימים.

שם מלא: אבו סאלח מודפר 200605483



Amichai
Sherry

נחתם ע"י: דר' שפי עמיחי מ.ר. 146847

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעצמך הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתפס בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לביור תשובת תרבות/ויולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי, אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

בברכת בריאות שלמה

משתחררים ממיון? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

המכון לרפואת שיכון כאב

מנהל/ת : דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487	טלפון : 03-5304576
אח/ות אחראי/ת : דניאל פוליאקוב	פקס : 03-5302346
דוא"ל: Mirp.pain@sheba.gov.il	

סיכום ביקור כאב ראש-פנים-צוואר

שם משפחה: אבו סאלח	שם פרטי: מודפר	ת"ז: 200605483
גיל: 37	מין: זכר	טלפון נייד: 0509556630
תאריך ביקור: 23/03/2026	מספר ביקור: 30272552	קופת חולים: כללית
כתובת: סח'נין סח'נין 3081000		

סוג ביקור

סוג הביקור: פרונטלי

אבחנות כאב

- Headache [pain] (784.0)

תלונה עקרית

כאב ראש

מחלה נוכחית

בן 37 אח עובד מוסדנו
ברקע אסתמה של העור
מיגרנות

ב15. 2.26 עבר תאונת דרכים עם חבלת ראש וצלילת שוט, לאחר מכן טישטוש ראייה ובחילת, ללא אובדן הכרה

סיכום מיון מיום התאונה:

ביום קבלתו בדרכו לעבודתו - מעורב בתאונת דרכים כשרכב שהגיה מאחור התנגש בו.
ללא פתיחת כריות אוויר.

חבלת ראש אזור פרונלי מימין ללא אובדן הכרה, זוכר את האירוע במלואו.

מציין מאז כאבים בצוואר ובכתפיים

ללא אירועי הקאות, ללא חולשת גפיים.

מציין קושי להתפקס בעיניים בחצי שעה האחרונה - אך ללא טשטוש ראייה קבוע או ראייה כפולה

מדדים חיוניים תקינים ללא חום

בבדיקתו -

נוירולוגית - אישונים שווים מגיבים לאור, עצבים קארנליים שמורים כוח גס שמור תחושה שמורה, תפקוד צרלברי שמור

צוואר- ללא רגישות מידליין עמוש צווארי לכל אורכו, רגישות פאראוטרטברלית

CT HEAD RULE - שלילי

לסיכום בן 37 מעורב בת"ד עם תמונה של צליפת שוט ללא ממצאים המצריכים המשך בירור או הדמיות במסגרת מלרד כעת משוחרר עם ההמלצות

ביקורת 23.3.26

מלין על סחרחרות שמתבטאת בחוסר יציבות, אובדן תחושה פרופיוצטיבית וסחרחרות סיבובית

נשלל מקור פריפרי בבדיקת א.א.ג.

כמו כן ישנו טינטון, התקפי כאב ראש ללא תסמיני כאב ראש ראשוני נלווים (שולל פוטופונוביה בחילות אוהקאות)

כאב בששרירי חגורת כתפיים וראש.

בדיקתו הנוירולוגית תקינה ללא סימנים פרימידליים.

לסיכום -

שם מלא: אבו סאלח מודפר 200605483

בהתרשמותי רוב התסמינים מתאימים ל-POST TRAUMATIC HEADACHE -POST CONCUSSION ממליץ להתחיל טיפול באלטרולט, נסיון חסם עצבי GON LON השלמת MRI לאור מספר תלונות נירולוגית בראשון חוסר יציבות שבא והולך כמו כן מומלץ פיזיותרפיה והערכת רופא עיניים

סיכום ביקור

בן 37 אח עובד מוסדנו
ברקע אסתמה של העור
מיגרנות

ב15.2.26 עבר תאונת דרכים עם חבלת ראש וצליפת שוט, לאחר מכן טישטוש ראייה ובחילת, ללא אובדן הכרה

סיכום מיון מיום התאונה:
ביום קבלתו בדרכו לעבודתו - מעורב בתאונת דרכים כשרכב שהגיה מאחור התנגש בו.
ללא פתיחת כריות אוויר.
חבלת ראש אזור פרונלי מימין ללא אובדן הכרה, זוכר את האירוע במלואו.
מציין מאז כאבים בצוואר ובכתפיים.
ללא אירועי הקאות, ללא חולשת גפיים.
מציין קושי להתפקס בעיניים בחצי שעה האחרונה - אך ללא טישטוש ראייה קבוע או ראייה כפולה
מדדים חיוניים תקינים ללא חום
לבדיקתו -
נירולוגית - אישונים שווים מגיבים לאור, עצבים קארנליים שמורים כוח גס שמור תחושה שמורה, תפקוד צרלברי שמור
צוואר- ללא רגישות מידליין עמוש צווארי לכל אורכו, רגישות פאראוטרטברלית
CT HEAD RULE - שלילי
לסיכום בן 37 מעורב בת"ד עם תמונה של צליפת שוט ללא ממצאים המצריכים המשך בירור או הדמיות במסגרת מלרד כעת משוחרר עם ההמלצות

ביקורת 23.3.26
מלין על סחרחרות שמתבטאת בחוסר יציבות, אובדן תחושה פרופיוצטיבית וסחרחרות סיבובית
נשלל מקור פריפרי בבדיקת א.א.ג.
כמו כן ישנו טינטון, התקפי כאב ראש ללא תסמיני כאב ראש ראשוני גלויים (שולל פוטופונוביה בחילות אוהקאות)
כאב בששרירי חגורת כתפיים וראש.
בדיקתו הנירולוגית תקינה ללא סימנים פרימידליים.

לסיכום -

בהתרשמותי רוב התסמינים מתאימים ל-POST TRAUMATIC HEADACHE -POST CONCUSSION ממליץ להתחיל טיפול באלטרולט, נסיון חסם עצבי GON LON השלמת MRI לאור מספר תלונות נירולוגית בראשון חוסר יציבות שבא והולך כמו כן מומלץ פיזיותרפיה והערכת רופא עיניים

תחלואה נלוות

- Dermatitis atopic (eczema) (691.8)
- SMOKER - HEAVY
- CHEST PAIN

ניתוחים בעבר

S/P LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY 449700 (47.01) (12/03/2015)
(ללא פעולות/ניתוחים) 1) (S/P 06/03/2016)
(ללא פעולות/ניתוחים) (S/P 17/05/2016)
S/P ARTHROSCOPIC, KNEE SURGICAL, COMPLEX, 298802 (80.26) (Right) (02/04/2017)

לא ידועה רגישות לתרופות

שם מלא: אבו סאלח מודפר 200605483

**לא ידועה רגישות לחומרים
תרופות קבועות**

DUPIXENT 300mg/2ml inj S.C	300 mg	1 X בחדש 2
Gabapentin p.g	300 mg	1 X 3 ביום

המלצות

המלצה: התחלת טיפול ב AMITRIPTYLINE לאחר ביצוע אקג בקופח לשם שלילת LQT או הפרעות קצב. יש ליטול את הכדור כל ערב כ 12 שעות לפני השעה בה מתכננים לקום. שבוע 1 - 10מג בערב, שבוע 2 – 25מג בערב. במידה וישנן תופעות לוואי יש לחזור למינון הקודם בו לא היו תופעות לוואי משמעותיות

חסם תחת שיקוף GON LON

השלמת MRI מוח עם וללא חומר ניגוד

דופלר עורקי צוואר

בדיקת חדות ראייה

פיזיותרפיה

מדללי דם

מוזמן לפעולה: ק

הוסבר למטופל שלא מומלץ לעבור הזרקת סטירואידים בטווח של 10 ימים לפני / אחרי חיסון הנחיות למטופל לגבי נטילת מדללי דם או נוגדי טסיות סביב פעולה לא נוטל/ת מדללי דם במידה וישתנה הטיפול התרופתי, יש לעדכן את הרופא מראש, לפני ההגעה לפעולה.

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' קלדרון נדב מ.ר. 145991

אם במהלך הבירור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

שם מלא: אבו סאלח מודפר 200605483

באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

במסגרת מחויבותנו לערך הצלת החיים ולקידום בריאות הציבור, אנו פועלים להעלאת המודעות לתרומת איברים. אנו מזמינים אותך לשקול חתימה על כרטיס אדי ולהצטרף למעגל האנשים הבוחרים להעניק תקווה והזדמנות לחיים לאחרים. לחתימה אנא סרוק את הקוד.



זמן הדפסה: 13:22 23/03/2026

תאריך: 10/03/2026

סכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אבו סאלח מודפר	מס זהות:	00200605483	גיל:	37.08	מין:	ז
ת.לידה:	03/07/1988	ישבו:	רמת גן	רחוב:	עמק דותן	טלפון נוסף:	50 - 9556630	
מס בית:	16 / 21	טלפון:	50 - 9556630					

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/03/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/02/2015:

קשיי נשימה אפית, נזלת כרונית, כאבי ראש, צילום - הצללה במקסלרים דו צדדית, 10/03/2026

בן 37, ברקע ATOPIC DERMATITIS

מ/א תאונת דרכים בזמן נסיעה לעבודה

נפגע מרכב אחורנית היה במעמד הנהג

היתה חבלת ראש - - היה טשוטוש ראיה לא עבר הדמית מוח

מאז התאונה מלין על לקות שמיעה, טנטון דו צדדי מפריע לאכיות החיים הולך

ומתגבר במיוחד בתנאי שקט מפריע לאיכות השינה

בנוסף יש חוסר איזון, תיאור של סחרחורת בתנוחת ראש

אינו נמצא תחת טיפול

טרם עבר בדיקת שמיעה

בבדיקתו:

אוטוסופקיה תקינה

בירור וסבטולרי: בדיקת DHP תקינה

בירור ל VSR רומבירג וגם פקודה תקינים

ללא ממצאים ברגע זה מבחינת אאג

יש מקום לבדיקת שמיעה

בירור נירולוגי

במידה והבירור תקין יש מקום לבדיקת VNG כולל VHIT

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 02/02/2015:

פה ולוע- במפ, רגישות מעל הסינוסים,

נזלת, היפרטרופיה של קונכות תחתונה משמאל,

מופנה לבדיקת CT מערות האף,

10/03/2026

אבחנה בביקור

קוד	אבחנה	אפיין
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	
4720	RHINITIS CHRONIC	
4780	TURBINATES HYPERTROPHIC	It
E811	MOTOR VEHICLE ACCIDENT	
3883	TINNITUS	
H02	HEARING COMPLAINTS	
7804	DIZZINESS AND GIDDINESS	

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 02/02/2015:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT. מערות פנים

10/03/2026

סטטוס	קוד	פרטי ההפניה	הפניות
הופק	H119	75007-בדיקת שמיעה מקיפה	הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור

פעולות

כמות	קוד	פעולות
1	702	702 טסט וסטיבולרי CALORIC TEST/HOLPIKE T

בברכה,

נחתם דיגיטלית**	127202	חלדון אבו סאלח
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא



מספר רשיון 127202
טלפון 04-6283283

מחוז חיפה

שם הרופא חלדון אבו סאלח
תחום א.א.ג.
כתובת קניון ס'חנין - קומה 2
מרפאה ד"ר עומר אבו סאלח - ס'חנין

תאריך: 10/03/2026

ס כ ו מ ב י ק ו ר

פרטי המטופל:		אבו סאלח מודפר	
שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	00200605483	גיל: 37.08 מין: ז
ת.לידה: 03/07/1988	רמז גן	ישוב:	רחוב: עמק דותן
מס בית: 16 / 21	טלפון: 50 - 9556630	טלפון: 50 - 9556630	טלפון נוסף: 50 - 9556630

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/03/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

אבחנה בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בברכה,

חלדון אבו סאלח

127202

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא



מספר רשיון 127202
טלפון 04-6283283

מחוז חיפה

שם הרופא חלדון אבו סאלח
תחום א.א.ג.
כתובת קניון ס'חנין - קומה 2
מרפאה ד"ר עומר אבו סאלח - ס'חנין

תאריך: 10/03/2026

ס כ ו מ ב י ק ו ר

פרטי המטופל:		אבו סאלח מודפר	
שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	מס זהות:	מס זהות:
03/07/1988	00200605483	00200605483	00200605483
ת.לידה:	רחוב:	רחוב:	רחוב:
מס בית: 16 / 21	טלפון: 50 - 9556630	טלפון: 50 - 9556630	טלפון: 50 - 9556630

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/03/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

אבחנה בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בברכה,

שם הרופא	חלדון אבו סאלח	מספר רשיון	127202	נחתם דיגיטלית**
חתימה וחותמת הרופא		מספר רשיון		

תאריך: 10/03/2026

סכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אבו סאלח מודפר	מס זהות:	00200605483	גיל:	37.08	מין:	ז
ת.לידה:	03/07/1988	ישבו:	רמת גן	רחוב:	עמק דותן	טלפון נוסף:	50 - 9556630	
מס בית:	16 / 21	טלפון:	50 - 9556630					

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/03/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/02/2015:

קשיי נשימה אפית, נזלת כרונית, כאבי ראש, צילום - הצללה במקסלרים דו צדדית, 10/03/2026

בן 37, ברקע ATOPIC DERMATITIS

מ/א תאונת דרכים בזמן נסיעה לעבודה

נפגע מרכב אחורנית היה במעמד הנהג

היתה חבלת ראש - - היה טשוטוש ראיה לא עבר הדמית מוח

מאז התאונה מלין על לקות שמיעה, טנטון דו צדדי מפריע לאכיות החיים הולך

ומתגבר במיוחד בתנאי שקט מפריע לאיכות השינה

בנוסף יש חוסר איזון, תיאור של סחרחורת בתנוחת ראש

אינו נמצא תחת טיפול

טרם עבר בדיקת שמיעה

בבדיקתו:

אוטוסופקיה תקינה

בירור וסבטולרי: בדיקת DHP תקינה

בירור ל VSR רומבירג וגם פקודה תקינים

ללא ממצאים ברגע זה מבחינת אאג

יש מקום לבדיקת שמיעה

בירור נירולוגי

במידה והבירור תקין יש מקום לבדיקת VNG כולל VHIT

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 02/02/2015:

פה ולוע- במפ, רגישות מעל הסינוסים,

נזלת, היפרטרופיה של קונכות תחתונה משמאל,

מופנה לבדיקת CT מערות האף,

10/03/2026

אבחנה בביקור

קוד	אבחנה	איפיון
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	
4720	RHINITIS CHRONIC	
4780	TURBINATES HYPERTROPHIC	It
E811	MOTOR VEHICLE ACCIDENT	
3883	TINNITUS	
H02	HEARING COMPLAINTS	
7804	DIZZINESS AND GIDDINESS	

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 02/02/2015:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT. מערות פנים

10/03/2026

סטטוס	קוד	פרטי ההפניה	הפניות
הופק	H119	75007-בדיקת שמיעה מקיפה	הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור

פעולות

כמות	קוד	פעולות
1	702	702 טסט וסטיבולרי CALORIC TEST/HOLPIKE T

בברכה,

נחתם דיגיטלית**	127202	חלדון אבו סאלח
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא



021037



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הופיין 52, חולון

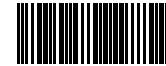
קוד הפניה: 495896381

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ברידו

שם פרטי: ג'רום גב

ת.ז.: 321436743



0321436743

ת.לידה:

22/02/1983

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0503848585

מיקוד 6766030

גבירטיג מרדכי 12, תל אביב-יפו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה**תלונות:**

בביקור בתאריך 07/01/2026 בשעה 17:21:58
06.06.2025 תאונה בעובדה. חבלה בכתף השמאלית. (לדבריו היתה פריקה)
טופל בפיזיותרפיה. עדיין כאבים בכתף
לדבריו בוצע MRI .

בביקור בתאריך 21/01/2026 בשעה 15:42:44
סיים טיפול ב פיזיותרפיה. קיבלה זריקה שיפור זמני.
ברקע מצב לאחר MYOCARDITIS לפני שנה. לדבריו כעת ללא טיפול.
ניתוח קודם - שבר בפיקה ימין - 2008 .
אלרגיה אין

בביקור בתאריך 16/03/2026 בשעה 18:44:55
יעוץ ד"ר אדר אליהו - המליץ בעיקר על טיפול שמרני אך אם אין שיפור המלית נסיון לארטרוסקפיה אבחנתית + דוקומפרסיה. בMRI
חשד ל H-S LES ישן

בביקור בתאריך 11/06/2026 בשעה 08:36:12
אתמול ניתוח ASC LT SHOULDER , ממצאים מינימליים - מירטוט לברום עליון, מירטוט בצד פרקי SSP , בצד בורסלי נמצא רקמה
דלקתית מעובה , בוצע אקרומיפולסטיה - דקומפרסיה סובאקרומיאלית.

בביקור בתאריך 16/06/2026 בשעה 12:04:06

ממצאים:

בביקור בתאריך 07/01/2026 בשעה 17:21:58
כתף שמאל : דילדול שרירים דיפוזיס בכתף השמאלית
תנועה אקטיבית כ 130 מעלות. פסיבי אותו דבר. רוטציה מוגבלת בצורה קלה .
רגישות סובאקרומיאלית
US -קרע עובי חלקי

בביקור בתאריך 21/01/2026 בשעה 15:42:44
MRA כתף שמאל 09/25 : נצפה קרע חלקי קטן בצד פרקי SSP

בביקור בתאריך 16/06/2026 בשעה 12:04:06
פורטלים תקינים .
תנועה מוגבלת בצורה קלה .

אבחנות:

- PAIN SHOULDER Left
- s/p subacromial decompression

בעיות ידועות:

- MYOCARDITIS ACUTE UNS (03/2025) M/P
- FATTY LIVER (03/2016)
- FRACTURE PATELLA CLOSED (04/2011) operated
- TOBACCO USE DISORDER (12/01/2014)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (03/2016)
- IMPAIRED FASTING GLUCOSE (100-125) (03/2016)
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (03/2016)

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: תרגול צואר, שכמות - יציבה נכונה.
תרגול כתף - שיפור טווח תנועה + חיזוק שרירים .



021037



קוד הפניה: 495896381

כתובת: הופיין 52, חולון

דר' לוי רוברט

אורתופדיה מרפק וכתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 321436743

שם פרטי: ג'רום גב

שם משפחה: ברידו

טל.עבודה/נייד: 0503848585

מין: ז

22/02/1983

ת.לידה:



מיקוד 6766030

גבירטיג מרדכי 12, תל אביב-יפו

כתובת:

0321436743

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/06/2026 עד תאריך - 13/12/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

16/06/2026

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	
מ.א. רחוב	מס' 21	ת.ד. עיר	מיקוד	טלפון
מ.א. רחוב	מס' 21	ת.ד. עיר	מיקוד	טלפון

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 הגנה 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 הבריאות 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 הבריאות 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: _____
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: 26.2.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. ~~מס' רשיון: 62254~~ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר זלמן, מס' 200605483, מרחוב בית ב יב,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 9.11.21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן 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 26 _____ לחודש 2 _____ שנה 26 _____

חתימה: אליהו א. ארנון X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אליהו א. ארנון

מס' ד"מ: 62254

עורך-דין