



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

01 יוני 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי – נתניה

מחלקת נכות כללית

באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: ניסן סאיג, ת"ז 033514258

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה לקביעת נכותו אודה.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

- ✍ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- ✍ **אם אתה שכיר:**
 - ✍ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק** – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
 - ✍ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור **מהמעסיק או מחברת הביטוח**.
- ✍ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✍ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ **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.

לידיעתך

- ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ✍ אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ✍ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקה מטעמי צדק

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
סאיג	ניסן חי	8 5 2 4 1 5 3 3 8

פרטי בן / בת זוג

מצב משפחתי	מספר זהות בן זוג (נשוי / י.צ.)
נשוי	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
לבונטין	12			נתניה	4231823
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0 5 2 2 0 2 8 1 1 2	@			

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____

☒ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: בעקבות תאונה שעברתי ב-13.2.26 הפסקתי לעבוד

☐ אני ממשיך לעבוד

האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?

☒ לא ☐ כן, מהמעסיק (צרף אישור) ☐ כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?

☒ לא ☐ כן, פרט: _____ (צרף אישור)

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב לך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☐ כן	☐ כן
2 ☐ הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 ☐ יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ☐ ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ☐ ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ☐ ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור ☐ לא ☐ כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור ☐ לא ☐ כן		☐ כן	☐ כן
7 ☒ מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	02/26	☒ כן	☒ כן
8 ☐ מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☐ כן	☐ כן
9 ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		☐ כן	☐ כן
10 ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 ☐ מחלת לב		☐ כן	☐ כן
13 ☐ מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☐ כן	☐ כן
15 ☐ סכרת		☐ כן	☐ כן
16 ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 ☐ קורונה		☐ כן	☐ כן
18 ☐ נפגע/ת תקיפה מינית		☐ כן	☐ כן
19 ☐ אחר		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):
☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☒ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☐ לא ☒ כן, תאריך תאונה: 13/02/26 - חובה לענות על שאלה זו
 האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב) ☐ לא ☐ כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו
 תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך
 האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות
 אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד.

חתימת התובע * _____

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה			
מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה לתובע
0 6 6 6 9 0 9 3 0	אריאל	עורך דין פרייברג	☐ קרוב משפחה ☒ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:
דואר אלקטרוני office@freiberg-law.com	טלפון להתקשרות	☐ יפוי כוח ☐ צו אפוסטרופוס ☐ פסק דין ☐ אחר:	
@	0 3 7 4 1 2 3 5 8	אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרך העתק	
תאריך חתימה *			

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
ניסן סאיג			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הפועלים	כפר יונה	675	382602

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.

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 הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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.

תאריך חתימת תובע הקצבה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע *

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית.

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 בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ"ט כן לא
☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך חתימת התובע או מגיש התביעה *

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
33	33514258	06/02/2016 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
סאיג	ניסן חי	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

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

x

חתימת התביעה

01.06.2026

תאריך

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



**אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק		
שם המעסיק		מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני

פרטי העובד השכיר		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____ ☐ פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ ☐ ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____ ☐ יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ ☐ ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____		

תשלומים אחרים
1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) ☐ לא ☐ כן 2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? ☐ לא ☐ כן, שם החברה _____ מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

	בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')	
				סכום	סיבה
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 13/02/2026 הופק ע"י דר' הלפרן לינור מ.ר. 192704 13/02/2026 20:21

שם משפחה:	סאיג	ת. לידה:	03/11/1976	מלרד אגף C
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת:	לבונטין 12, נתניה	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון:	0522028112	גיל:	49	מס' קבלה למחלקה: 2562483801
סוג דם:		מראה:		טלפון: 09-7472323
מחוז:		שם האב:	רוזמים	פקס: 09-7410984
גורם מממן:	שרון שומרון			

מספר קבלה: 2562483801
תאריך קבלה: 15:20 13/02/2026

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אדום

רופא אחראי

רופא: דר' הלפרן לינור מ.ר. 192704

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF CUBOID BONE, CLOSED	82523	Right		✓			
FRACTURE OF METATARSAL BONE(S), CLOSED	82525	Right					
3RD							

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 49 בריא בד"כ.

ביום קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע חובש קסדה. התנגש ברכב במנגנון קדמי אחורי. לאחר התאונה קסדה נותרה על הראש. הצליח לשאת משקל ולהתהלך. לאחר מספר שעות החל לסבול מכאבים בכף רגל ימין, ללא יכולת לשאת עוד משקל. בנוסף מלין על כאבים בגב.

בבדיקתו-

מצב כללי טוב, נינוח.

כף רגל ימין עם נפיחות באספקט קדמי ולטרלי של המידפוט. בנוסף נפיחתו פטישון לטרלי.

ללא המטומה פלנטרית.

ללא רגישות פטישון מדיאלי או אחורי.

מניע בהזנות. מניע קרסול מעט תוך מגבלת כאב.

תחושה שמורה

דפקים נימושים.

גב רגישות מידליון מעל חוליות גביות. ללא סימן חבלה או דפורמציה.

ללא חסר NV דיסטלי.

בצילומי כף רגל ימין - שבר בסיס מסרק 3, שבר קובואיד.

הושם בסד גבס אחורי.

השלם CT - שבר בסיס מסרק 3, שבר קובואיד.



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	סאיג	תאריך לידה:	03/11/1976	מלרד אגף C
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8	מנהל מלר"ד: דר' חודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	רחמים		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

הוסבר למטופל על אופי הפציעה, יגיע לביקורת מרפאת כף רגל בעוד שבוע.
משוחרר עם ההמלצות הבאות -

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: דר' הלפך לינור מ.ר. 192704, C מלרד אגף

תאריך עדכון: 13/02/2026 20:18

דיווח / דיון:

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הוראות ומדדים

תאריך ושעה	קטגוריה מדד	תוצאות והערות
19:07 13/02/2026		
	מדדים	מצב הכרה A
	מדדים	לחץ דם 138/94
	מדדים	דופק 100
	מדדים	SAT RA 95
	מדדים	רמת כאב 3

15:24 13/02/2026

	מדדים	מצב הכרה A
	מדדים	לחץ דם 150/96
	מדדים	דופק 106
	מדדים	SAT RA 100
	מדדים	רמת כאב 10
	מדדים	חקלת כאב
	מדדים	מחנה לראות רופא

ביצוע תרופות

מיטן	צורת מיטן	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	מיטן
Drug Dosage: 1000 mg	INF	13/02/2026 16:15	Once Rate from nurse:0	PARACETAMOL SALF INF 1000 mg	IntraVenous

תוצאות מעבדה באיחור

13/02/26 15:59	ערכי ייחוס	* בדיקות
		המטולוגיה
12.38 ↑	K/microL 4.50 - 11.00	WBC
4.99	M/microL 4.50 - 5.90	RBC
15.20	g/dL 13.50 - 17.50	HB
46.6	% 41.0 - 53.0	HCT



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: סאג תאריך לידה: 03/11/1976
 שם פרטי: ניסן חי ת. זהות: 3351425-8
 סוג דם: שם האב: רחמים

מלרד אגף C מנהל מלר"ד: דר' רוזריג יוסף מ.ר. 25562
 אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

ט.מ. CT כף רגל	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה
ט.מ. CT קרסול	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה
צילום חזה	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה
צילום כף רגל ימין	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה
צילום עמוד שדרה גבי	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה
צילום קרסול ימין	13/02/2026	לא הוקלדה תשובה

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	כל כדור מכיל: Paracetamol 500mg, Caffeine 50mg, Codeine Phosphate 15mg**** נא לשים לב, תרופת LASA קיימת תרופה בעלת מראה דומה			7 ימים	X 3 ביום	2 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓				30 ימים	X 1 ביום	40 mg	SubCutaneous	CRUSIA PREFILLED (ENOXAPARIN)

המלצות

המלצה: רגל בסד גבס אחורי, לשמור נקי ויבש.
 ללא דריכה על הגבס! יש להעזר בקביים או כיסא גלגלים
 ביקורת מרפאת כף רגל במוסדנו בעוד שבוע
 משככי כאבים לפי הצורך
 שימוש במדללי דם CRUSIA לפי מרשם מצורף כל עוד הרגל בגבס ועד חזרה לניידות מלאה.
 בכל החמרה יש לפנות לטיפול רפואי

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

נחתם ע"י: דר' הלפרן לינור מ.ר. 192704

חתימה דיגיטלית

חתימה:

רופא מטפל:	רישיון:
דר' הלפרן לינור	192704



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מלרד מהלכים D
מנהל מלר"ד: דר' חודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	סאיג	תאריך לידה:	03/11/1976
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8
סוג דם:		שם האב:	רחמים

תאריך ושעה	קטגוריה מדד	תוצאות והערות
	מדדים SAT RA	97
	מדדים רמת כאב	5
	מדדים הקלת כאב	

לקח נגד כאבים טרם הגעתו

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	תאריך ושעה
Drug Dosage: 1000 mg	INF	13/02/2026 16:15	Once Rate from nurse:0	PARACETAMOL SALF INF 1000 mg	IntraVenous
Drug Dosage: 40 mg	SRG	13/02/2026 20:53	Once Rate from nurse:0	CRUSIA PREFILLED SRG 40 mg	SubCutaneous

סיכום

ללא עדות לבעיה אותרופדית חריפה המצריכה המשך בירור/טיפול במיון

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל יש להביא מכתב זה לרופא מטפל בהקדם לצורך המשך מעקב רפואי משכי כאב לפי הצורך ובמינון המוקבל
אין להרטיב את הגבס - אין להכניס דברים כגון שיפוד או מסררה
ללא דריכה על הרגל המגובסת
רגל מורמת
המשך טיפול במדללי דם מניעת
המשך ביקורת אורתופד כפי שהומלץ בשחרור
בכל החמרה - חוסר תחושה כאבים עזים, נפיחות חדשה, כל החמרה אחרת - לפנות מיידית לבדיקת רופא רפואה שלמה

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה:

נחתם ע"י: דר' תבדי אלכס מ.ר. 165400
חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רשיון:
דר' תבדי אלכס	165400

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

הגנת מידע



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	סאיג	תאריך לידה:	03/11/1976	מלרד מהלכים D
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	רחמים		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

המכתב הודפס על ידי דר' תבדי אלכס 16/02/2026 12:59

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים



מרכז רפואי מאיר



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

מאיר
אורתופדיה

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

הופק ע"י דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110 24/02/2026 10:32

מנהל המערך פרופ' אוחנה
נסים מ.ר. 17343
מרפאה אורתופדית כף רגל
וקרסול
מנהל שירות: פרופ' פלמנביץ'
אסקיאל מ.ר. 36325
אח/אחות אחראיים: מרחה נאצר
מס' ביקור: 3659727701
טלפון: 09-7471801
פקס: 09-7472631

שם משפחה:	סאיג	ת. לידה:	03/11/1976
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8
כתובת:	לבונטין 12, גתניה 4231823	מין:	זכר
טלפון:	0522028112	גיל:	49
סוג דם:		מראה:	*
מחוז:		שם האב:	רחמים
גורם מממן:	שרון שומרון		

אבחנת ביקור

קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
8252	Right		✓			
FRACTURE OF OTHER TARSAL AND METATARSAL BONES, CLOSED						
Cuboid fx ; MT 3 neck fx						

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטת ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		16/12/2020		Right	Z7937	Diagnosis: OPEN RED. OF FRACT. OF TARSALS AND METATARS. WITH INT. FIXATION

סיבת פניה/עלונה/מחלה נוכחית - רישומים קודמים

נרשם ע"י דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110, מרפאה אורתופדית כף רגל וקרסול

תאריך עדכון: 24/02/2026 10:29

דיווח / דיון: ב 13.2.26 תבלת כף רגל ימין בתאונת אופנוע.
במיון אובחן שבר קובואיד, מאז בסד ללא דריכה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: ק 10 סיגריות ליום מה, התחיל לעשן לפני 20 יום לאחר הפסקה של 8 חודשים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: חדר כושר

בדיקה גופנית

נרשם ע"י דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110, מרפאה אורתופדית כף רגל וקרסול

תאריך עדכון: 24/02/2026 10:30

דיווח / דיון: ב CT - שבר קובואיד בעמדה מתקבלת
שבר צוואר מסרק 3 עמדה מתקבלת

מסמכים בלויים

הפניה

פרטי המבקש: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110



סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מנהל המערך: פרופ' אוחנה נסים מ.ר. 17343
מרפאה אורתופדית כף רגל וקרוסול
מנהל שירות פרופ' פלמנביץ' אסקיאל מ.ר. 36325:
אח/אחות אחראיים: מחוה נאצר
מס' ביקור: 3659727701

שם משפחה:	סאיג	תאריך לידה:	03/11/1976
שם פרטי:	ניסן חי	ת. זהות:	3351425-8
סוג דם:		שם האב:	רחמים

הפניה
תאריך: 10:31 24/02/2026
מחלקה מייעצת: מכון אורטופדי
הגדרת הבעיה: CAMBOOT WALKER

דיון והמלצות
אסורה דריכה על הרגל לעוד חודש
ניתן להחליף הסד למגף פלסטיק
המשך טיפול

פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ:	הערות
בדיקת רופא אורתופד	70017		1 חודשים	

דיווח פעולות:
קוד שירות: 70017
כמות: 1
פעולה: בדיקת רופא אורתופד
תאריך: 10:32 24/02/2026
נרשם ע"י: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110

מדיניות קביעת תור

מטופל יקר,
אם נתבקשת על ידי הרופא לחזור לביקורת - מא לעבור דרך עמדת המזכירות לקביעת תור המשך

נחתם ע"י: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110

חתימה:



4929

הפניה

מרפאה אורתופדית כף רגל וקרסול
מנהל שירות: פרופ' פלמנוביץ' אסקיאל
מ.ר. 36325
אחות אחראית: מרזיה נאצר
טלפון: 09-7471801
פקס: 09-7472631
תאריך ביקור: 24/02/2026
מספר ביקור: 3659727701

ת. לידה: 03/11/1976

ת.ז: 3351425

מין: זכר

גיל: 49

מצב

משפחתי:

שם האב: רחמים

שם משפחה: סאיג

שם פרטי: ניסן חי

כתובת: נתניה, לבונטין, 3

טלפון: 0522028112

נייד: 0542272448

סוג דם:

יעוצים

פרטי המבקש: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110

תאריך: 10:31 24/02/2026

מחלקה מיעצת: מכון אורטופדי

הגדרת הבעיה: CAMBOOT WALKER

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF OTHER TARSAL AND METATARSAL BONES, CLOSED	8252	Right		✓			
Cuboid fx ; MT 3 neck fx							

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		16/12/2020		Right	Z7937	Diagnosis: OPEN RED. OF FRACT. OF TARSALS AND METATARS. WITH INT. FIXATION

סיבת הפניה/תלונה

נרשם ע"י: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110, מרפאה אורתופדית כף רגל וקרסול

תאריך עדכון: 10:29 24/02/2026

דיווח / דיון: ב 13.2.26 חבלת כף רגל ימין בתאונת אופנוע.

במיון אובחן שבר קובואיד, מאז בסד ללא דריכה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: ק 10 סיגריות ליום מזה, התחיל לעשן לפני 20 יום לאחר הפסקה של 8 חודשים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: חדר כושר

מסמכים נלווים

נחתם ע"י: דר' טאובר ישראל מ.ר. 106110

חתימה:

סיכום ביקור

תאריך: 23/03/2026

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי:
ת.לידה:
מס בית:

03/11/1976
12 / 3

סאיג ניסן חי
ישוב:
טלפון:

נתינה
52- 2028112

מס זהות:
רחוב:
טלפון נוסף:

00033514258
לבונטין
54- 2272448

גיל:
מין:

49.04
ז

שלום רב,

תאריך הביקור:
סוג ביקור:
מהות הביקור:

23/03/2026
0 ביקור רגיל
רגיל

תלונות/סיבת הפניה:
בן 49
לדבריו לפני כחודשו חצי תאונת אופנוע
אובחן בביה"ח עם שברים בכף רגל ימין קובואיד, מסרק 3
ביקורת מומחה כף רגל 24.02.26 - מותרת דריכה מלאה עם מגף דריכה
ערבי נינוח נושא משקל עם מגף דריכה ימין וקביים, ללא פצעים, רגישות דפוזית
כף רגל ימין גבית אזור מסרק 3
גב ללא המטומה/דפורמציה רגישות גבית מרכזית
CT ללא רושם לממצא גרמי חריף בספק הנמכת חוליות עמ"ש טורנקאלי יופנה
להשלמת MRI עמ"ש גבי

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

דיון/תוכנית טיפולית: הוסבר על המשך הטיפול, שאלות נענו

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78106-צילום כף רגל ימין	H3	הודפס
הפניה לדימות	78548-ת.מ. MRI בדיקת עמוד	H3	הודפס
הפניה לדימות	78106-צילום כף רגל ימין	H3	הודפס

סיכום והמלצות: ביקורת חודש עם צילום עדכני כף רגל ימין

עדכון ומעקב רופא מטפל
נוגדי כאב לפי צורך
קומפרסים קרים לפי צורך - יש להימנע ממגע קרח/עור ישיר
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא זמין
השלמת הדמיה כפי שהוסבר - הפניה מצורפת
בראות שלמה!

בברכה,

ד"ר שי שפירא
שם הרופא

150401
מס' רשיון

נחתם דיגיטלית
חתימה וחותמת הרופא

ד"ר שי שפירא

150401

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 ביה"ח
 מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 23/03/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	סאיג ניסן חי
ת.לידה:	03/11/1976
מס בית:	12 / 3
ישוב:	נתינה
טלפון:	52- 2028112
מס זהות:	00033514258
גיל:	49.04 מין: ז
רחוב:	לבונטין
טלפון נוסף:	54- 2272448

מספר הפניה ישירה:

33105161671

גורם שולח



3105

מספר הפניה



033105161671

תז נבדק



33514258

מספר רשיון



150401

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.

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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משרד	תיאור רפואי	שירות רפואי
78106	73620	צילום כף רגל ימין	10401050

המטופל מתלונן על

בן 49

לדבריו לפני כחודשו חצי תאונת אופנוע אובחן בביה"ח עם שברים בכף רגל ימין קובואיד, מסרק 3 ביקורת מומחה כף רגל 24.02.26 - מותרת דריכה מלאה עם מגף דריכה ערני נינוח נושא משקל עם מגף דריכה ימין וקביים, ללא פצעים, רגישות דפוזית כף רגל ימין גבית אזור מסרק 3 גב ללא המטומה/דפורמציה רגישות גבית מרכזית CT ללא רושם לממצא גרמי חריף בספק הנמכת חוליות עמ"ש טורוקאלי יופנה להשלמת MRI עמ"ש גבי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

דיון/תוכנית טיפולית הוסבר על המשך הטיפול, שאלות נענו

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
19/03/2019		BMI >30
11/11/2020	2d,3d,4th Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
19/03/2019		BELL'S PALSY
01/01/2020		SMOKER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2022	01/01/1992		SMOKER

הפניה לדימות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

23/03/2026

הודפס ע"י ד"ר שי שפירא

00033514258

סאיג ניסן חי

תאריך: 23/03/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

סאיג ניסן חי

מס זהות:

00033514258

גיל:

49.04

ז

ת.לידה:

03/11/1976

ישוב:

נתניה

רחוב:

לבונטין

מס בית:

12 / 3

טלפון:

52-2028112

טלפון נוסף:

54-2272448

מספר הפניה:

33105161661

מספר רשיון

תז נבדק

מספר הפניה

גורם שולח



150401



33514258



033105161661



3105

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: MRI עמ"ש טורוקאלי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משרד	תיאור רפואי	שירות רפואי
78548	72146	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה גבי	10306025

המטופל מתלונן על

בן 49

לדבריו לפני כחודשו חצי תאונת אופנוע

אובחן בבית"ח עם שבירים בכף רגל ימין קובואיד, מסרק 3+5

ביקורת מומחה כף רגל 24.02.26 - מותרת דריכה מלאה עם מגף דריכה

השלים CT בספק הנמכת חוליה מרכז עמ"ש טורוקאלי, עדיין כאבים, ממליץ על

MRI לאפיון ממצאים והחלטה על המשך טיפול

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

דיון/תוכנית טיפולית

הוסבר על המשך הטיפול, שאלות נענו

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
19/03/2019		BMI >30
11/11/2020	2d,3d,4th Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
19/03/2019		BELL'S PALSY
01/01/2020		SMOKER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/01/2022	01/01/1992		SMOKER

הפניה לדימות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

סאיג ניסן חי

00033514258

הודפס ע"י ד"ר שי שפירא

23/03/2026

ד"ר שי שפירא

150401

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.

תאריך: 23/03/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סאיג ניסן חי	מס זהות:	00033514258	גיל:	49.04	מין:	ז
ת.לידה:	03/11/1976	ישוב:	נתניה	רחוב:	לבונטין	טלפון נוסף:	54-2272448	
מס בית:	3 / 12	טלפון:	52-2028112					

מספר הפניה: 33105161672

גורם שולח



3105

מספר הפניה



033105161672

תז נבדק



33514258

מספר רשיון



150401

לכבוד: כאבי גב מרכזי וכף רגל ימין לאחר מעורבות בתאונה כמתואר
נא בדיקה/הערכה/הפעלה

תודה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בן 49

לדבריו לפני כחודשו חצי תאונת אופנוע
אובחן בביה"ח עם שבירים בכף רגל ימין קובואיד, מסרק 3
ביקורת מומחה כף רגל 24.02.26 - מותרת דריכה מלאה עם מגף דריכה
ערכי נינוח נושא משקל עם מגף דריכה ימין וקביים, ללא פצעים, רגישות דפוזית
כף רגל ימין גבית אזור מסרק 3
גב ללא המטומה/דפורמציה רגישות גבית מרכזית
CT ללא רושם לממצא גרמי חריף בספק הנמכת חוליות עמ"ש טורקאלי יופנה
להשלמת MRI עמ"ש גבי

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
19/03/2019		BMI >30
11/11/2020	2d,3d,4th Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
19/03/2019		BELL'S Palsy
01/01/2020		SMOKER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2022	01/01/1992		SMOKER

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	TERBINAFFINE HCL 250MG TAB 250MG

נחתם דיגיטלית

150401

ד"ר שי שפירא

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

-חסי אישי-

סאיג ניסן חי
נתניה רחוב: לבונטין מספר בית: 12 מספר דירה: 3
אתר: לוינשטין
תאריך: 27/03/2026
סימוכין: 3590158
לכבוד: הרופא המטפל
מחוז שרון שומרון- שירותי בריאות כללית

הנדון: סאיג ניסן חי ת"ז 033514258

להלן תוצאות סריקה בתהודה מגנטית של עמוד שדרה גבי:

התווית הבדיקה: רקע של תאונת דרכים עם אופנוע.
בבדיקת CT הנמכה של חוליה במרכז עמוד השדרה הגבי.
לציין שאין ברשותי פרטים אנמנטיים מדויקים ואין בדיקות קודמות.

הבדיקה בוצעה במנחים סגילים ואקסאלים ברצפים של T1, T2 ודיכוי שומן.

מנח מעט קיפוט.
מזוהה תמט של גוף חוליה D7 עם הנמכה של עד כ- 50-60% מגובה גוף החוליה בולט יותר באספקט הקדמי בליווי קו שבר שבולט יותר לאורך הלוחית התחתונה עם בצקת לשדית, ללא ממצאים מיוחדים ברקמות הרכות וללא מעורבות גרמית ספינלית.
פרט לכך בשאר הגבהים אין לזהות תמטים משמעותיים.
מזוהות קשריות שמורל קטנות לאורך הגבהים של עמוד השדרה הגבי המרכזי והתחתון.
הקונוס בסיומת L1.
ללא אותות חריגים בחוט.
ללא מסות פרה-ורטברליות.

בעמוד השדרה הצווארי בבדיקת הסקירה שינויים דיסקוגניים קלים בין C3 ל- C7 משיקים לקדמת השק והחוט אך אין לזהות הצרות ספינלית בולטת או לחץ משמעותי על החוט.
לציין שבגובה C5-C6 נצפות הצרויות פורמינליות משמעותיות עם לחץ על השורשים בפורמינות.

D4-D5: בלט דיסקלי קל ללא הצרויות.

D5-D6: בקע דיסקלי קטן פרא-צנטרלי מימין ללא הצרויות מיוחדות.

D7-D8: בקע דיסקלי זעיר מרכזי ללא לחץ על החוט, ללא הצרויות.

לסיכום:

תמט של גוף חוליה D7 נראה כביטוי לשבר דחיסה עם מרכיבים בצקתיים בלשד העצם. להערכה אורתופדית ומעקב.
שינויים ניווניים קלים כמתואר. אין לראות הצרות ספינלית משמעותית או מיאלופתיה.

הוקלד ע"י: לבנה ש

בתודה על ההפניה
ובברכה,
דר' עומר ברמן
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 107552
מ.ר.מ. 14026

נבדק/ת נכבד/ת
קריאת המידע הרפואי, המפורט בפענוח זה, ללא ליווי והסבר של הרופא המטפל/ המפנה,
עלולה לגרום להבנה ופרשנות שגויים של הכתוב במסמך זה.
אנא פנה לרופא המטפל/ המפנה על מנת שייסביר לך את המשמעות של תוצאות הבדיקה.
שאלות והשגות לגבי תוכן הפענוח יופנו אלינו רק על ידי הרופא המפנה !

התשובה עברה הגהה בחתימה ממוחשבת.
מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

Herzliya Medical center
8,6 Hahoshlim St, Herzliya,
Tel: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
רחוב החושלים 8,6 הרצליה
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי פרופ' אוחנה נסים
10:54
17/04/2026

פרופ' אוחנה נסים
מומחה באורטופדיה
ולניתוחי עמוד שדרה

סיכום ביקור במרפאת מומחים

5330806	<u>מספר תיק:</u>	33514258	<u>מספר זיהוי:</u>	סאיג ניסן חי	<u>שם המטופל:</u>
זכר	<u>מין:</u>	03/11/1976	<u>תאריך לידה:</u>		<u>שם האב:</u>
17/04/2026	<u>תאריך ביקור:</u>		<u>ד. אלקטרוני</u>	לבונטין 12, נתניה	<u>כתובת:</u>
פרטי בהסדר מושלם פלטינום	<u>גורם מממן:</u>	0522028112	<u>טלפון נייד:</u>	מרפאות מומחים	<u>מחלקה:</u>

שם הרופא

רופא: פרופ' אוחנה נסים מ.ר. 24645

סיבת הפניה

ביקור מתאריך 17.04.26 :
ניסן, בן 49
ביקור ראשון במרפאתי

לפני חודשיים (13.02) עבר ת"ד כאשר רכב על אופנוע.
כתוצאה מכך, שבר את רגלו הימנית- לא נותח, מטופל עדיין במגף פלסטיק בדריכה.
בנוסף, מאז החל כאב בגב העליון.
עבר דימום ובה נאמר כי יש לו שבר דחיסה בחוליה D7.
חש כאבים איומים כהגדרתו בגב המרכזי- עליון.
ללא קרינת כאב/ תחושת נימול בגפיים התחתונות.
חש מעין תחושת "סכינים" בגב.
קושי ניכר בשינה.
נוטל משככי כאב באופן קבוע.

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
					5300	Inguinal hernia repair

בדיקות עזר ברכיב

בדיקה	תאריך	תוצאה
MRI חוות דעת צילומי	27/03/2026	עמ"ש גבי: שבר דחיסה בגוף T7, אין מעורבות של התעלה. עפ"י MRI מדובר בשבר טרי. מערב את הלוחית התחתונה בעיקר.

בדיקה גופנית

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7 הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	סאיג ניסן חי	מספר זיהוי:	33514258	מספר תיק:
------------	--------------	-------------	----------	-----------

בדיקה מתאריך 17.04.26 :

תבנית הליכה: תקינה, ללא צליעה, אין שימוש בעזרי הליכה.

גב עליון: מראה תקין, כתפיים שוות, צירים סגיטלי וקורונלי שמורים, אין ממצא חריג בהתבוננות על הגב העליון, מישוש וניקוש: קיימת רגישות ניכרת עם הגבלה תנועתית בכיפוף.

גפיים תחתונות: מראה תקין, אורך הרגליים שווה, ציר שמור. מבחן SLR תקין בשני הצדדים, CROSS שלילי. כוח גס שמור בכל קבוצות השרירים ברגליים בדרגה 5/5, תחושת מגע וכאב שטחי שמורה בכל הדרמטומים ושווה בשתי הרגליים. החזרי פיקה ואכילס הופקו, תקינים בשתי הרגליים. אין קלונס ובבדיקת ההחזר ע"ש בבינסקי תגובה פלקסורית תקינה. דפקים פריפריים נמושו תקינים בכפות הרגליים. בדיקת מפרקי הברכיים תקינה, בדיקת מפרקי הירכיים תקינה.

בדיקת הגוון תקינה, אין פלס תחושת.

הרגלים

מעשן/ת: כ
אלכוהול: לא
סמים: לא

סיכום

למטופל שבר דחיסה ברור בגוף T7 הגורם לו סבל ניכר.
לא חל שיפור למרות הזמן שחלף (כחודשיים) ולכן הוסבר בנוגע לטיפול ניתוחי: קיפופלסטיקה של גוף החוליה.
הוא מעוניין ולכן אקדם זאת.

חתימה: _____

נחתם ע"י: פרופ' אוחנה נסים מ.ר. 24645

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ניסן ס'ל
ת.ז.ח.פ. מס' 33514258, מרחוב אזימל'ן 21 ת"ר

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום 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 14 לחודש 04 שנה 2026

אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה לוי שם פרטי יוסף תעודת זהות 33514258 יחסי יחסי
 מס' 12 עיר יבנה מיקוד 4231823 טלפון 0522-028112
 רחוב אשכול

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 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 _____ ת.ז. _____ שם האב _____

תאריך: 14/4/20 עד לחתימה ומס' ת.ז. לחתימה עידו אריאל פריינד
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) חתימה: _____
 מס' רשיון: 62254