



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יוני 14 2026
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 10/05/2026
הנפגע: לוז ויטל, ת"ז 028615367
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.

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



תאריך מילוי הטופס

שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

**בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ח"ב"ח**

1 תאריך הפגיעה

שנה	חודש	יום
10	05	2026

2 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
ויטל	לוז
ת.ז.	מין
28615367	זכר ☒ נקבה ☐
תאריך לידה	כתובת
07041971	רחוב / תא דואר
יום חודש שנה	מס' בית
	20
מיקוד	הח"ל
52666520	רמת גן
דירה	טלפון קווי
13	
כניסה	טלפון נייד
	0505329246

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי
בתאריך 10/05/2026 בשעה כאשר עבדתי ב נהג מונית
סוג העבודה מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר ☐
כתובת מקום התאונה נסיבות הפגיעה / תאור התאונה
בזמן שנהגתי במונית עם לקוחה רכב פגע בנו
האיבר שנפגע ראש, צוואר, גב וברכיים

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נזונים מהווים עבירה על החוק.
ידוע לי שאם התביעה לא תזכר ע"י המוסד לביטוח לאומי - קופת החולים רשאית לחייב אותי בתשלומי הטיפול הרפואי.
שם המבקש ויטל לוז חתימה [Signature]

5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



1223

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע 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 (לאחר) 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

עמוד 1 מתוך 8

28615367

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____
 לוז _____ ויטל _____
 טלפון קווי _____ טלפון נייד _____
 דואר אלקטרוני: _____
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) _____
 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. לידיעתך, אם לא סימנת "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 אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל _____
 תפקיד התובע במקום העבודה _____
 רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ ישוב _____ מיקוד _____
 טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מספר פקס _____
 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 אמור/ה לבצע)

שם העסק _____ סוג העיסוק _____
 רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ ישוב _____ מיקוד _____
 החי"ל _____ 20 _____ 13 _____ רמת גן _____
 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

תאריך הפגיעה	10/05/2025	היום בשבוע	ראשון	שעת הפסקת עבודה	
תאריך הפגיעה	10/05/2025	היום בשבוע	ראשון	שעת הפסקת עבודה	
היכן אירעה הפגיעה?	☒ במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ תאונה בבניין				
בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר כביש 461, בצומת הכניסה לפארק אריאל שרון					
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט תאונות דרכים במהלך עבודתי, שלקחתי נוסעת					
האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט:					
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☒ אחר ☒ נוסעת במונית		
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר		
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה					
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון		
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)
ראש, צוואר, גב, חזה ברכיים	חבלות	מיון שיבא
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2 0 2 6 חודש 0 5 יום 1 0	שעה 1 2 3 0	מיון שיבא

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים רצ"ב תיעוד רפואי

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	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 יפוי 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: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
עורך דין אריאל פרייברג	דרך אבא הלל 7 רמת גן	037412358

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

פירוט העיסוקים

7

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		מתאריך 10 05 2026 שנה חודש יום		עד תאריך _____ שנה חודש יום	
☐ שהייתי בעסק / בעבודתי		מתאריך _____ שנה חודש יום		עד תאריך _____ שנה חודש יום	
☐ משעה _____ עד שעה _____		מתאריך _____ שנה חודש יום		עד תאריך _____ שנה חודש יום	
☐ 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 ☒

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

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	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
☐ 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							
שם המפעל / המעסיק				מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי			
שם המפעל / המעסיק _____				מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____			
תאריך תחילת עבודה:		מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי		היקף המשרה ב-%		מספר ימי העבודה בשבוע:	
☐ 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					
חודש, 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
		יומי	חודשי		לתקופה	סכום	
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? 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 _____ שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____ דואר אלקטרוני: _____ @ _____ חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____							

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ✕ _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✕ _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

פרטי חשבון הבנק של התובע			
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שמות בעלי החשבון			
1615			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הסניף	145	145	001582277
☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי			

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה	
☐ עיוול/ נכה 100%	☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה	
אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. 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 יעודכן פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שימש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 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 www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין. ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, תדרוש הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה. תאריך: _____ חתימת התובע: _____	

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. _____			

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	28615367	10/05/2026 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
לז	ויטל	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____

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: לוז	שם פרטי: ויטל	ת"ז: 28615367
גיל: 55	מין: זכר	טלפון נייד: 0505329246
תאריך ביקור: 12:30 10/05/2026	מספר ביקור: 10098206	קופת חולים: מכבי
כתובת: החי"ל 20/13 רמת גן 5266520		

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)
- Whiplash injury to neck [trauma, cervical] (847.0)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) (S/P 30/06/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: מטופל בן ברקע DM

הבוקר היה בתאונת דרכים נכסו בו משאול בממהירות 80 נפתחו כריות אוויר. מתלונן על צלצולי באוזניים, וכאבים מהחגורת וחבלה בראש הגיעה להמשך בירור

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	אמצעי עזר לנשימה
12:47 10/05/2026						ללא חמצן/אוויר חדר
12:46 10/05/2026	3					
12:42 10/05/2026		36.9	48	127 / 73	97	

אנמנזה ובדיקה גופנית

עמית רופא אייזמן בן-ציון מ.ר. 189871 13:59 10/05/2026

בן 55 ברקע - סכרת תחת טיפול פומי תרופות - גלוקמין. ללא טיפול ב AC או מעכבי טסיות רגישות לפניצילין בן 55 סכרתי, נהג מונית במקצועו, פונה אחר שהיה מעורב לדבריו בת"ד היום בעת שנע ברכבו ורכב שפנה מהצד פגע בו. לדבריו מהירות כ 80 קמ"ש, היה עטוי חגורה, סביב התאונה חבלת ראש, חבלה בחזה, כאבי צוואר וכאבי גב תחתון. מתאר פתיחה של כריות אוויר, שבר של זכוכיות, חבלה פרונטאלית בראשו. שולל אובדן הכרה או הקאות, הפרעת סוגרים. התנהל בהליכה במלר"ד. בבדיקה - עירני, ללא סימני מצוקה A - משוחח חופשי וללא סימני חסימת נ"א, צוואר ללא גודש ורידים, ללא רגישות ע"פ עמש"צ, רגישות פרה ורטברלית דו"צ עם הגבלה בהנעה B - ללא נשמת, חזה ללא סימני חבלה או סימני חגורה, רגישות קלה באיזור סטרנום, בהאזנה כניסת אוור טובה דו"צ C - המטומה פרונטאלית קטנה מימין, ללא דמם פעיל, אגן יציב ומהלך, יציב המודינמית D - גזלגו 15, אישונים שווים, ללא חסר נוירולוגי לפי ASIA L2S1, C5-T1 E - רגישות קלה במוותניים דו"צ, פרה ורטברלית לעמ"ש לומברי. יתר בדיקה כולל גב, בטן, עמ"ש, גפיים ללא רגישות או הגבלה בבדיקה צל"ח ללא רושם לתת"ג לסיכום - רושם לפציעה במנגנון צליפת שוט במטופל בן 55 אחר מעורבות בת"ד עם קינמטיקה בינונית (כריות אוויר, 80 קמ"ש, חבלת ראש), מלין כעת על סחרחורות, צלצולים באוזניים, כאבי

שם מלא: לוז ויטל 28615367

ראש וצוואר פרה ורטברליים, ללא רושם לסרים לפי ASIA בבדיקתו ת - אנלגזיה, CT ראש

עמית רופא אייזנמן בן-ציון מ.ר. 189871 14:20 10/05/2026
הטבה אחר אנלגזיה ישתחרר באישור ד"ר לוינקופף

עמית רופא אייזנמן בן-ציון מ.ר. 189871 14:25 10/05/2026
מעבדה - ס"ד ללא חריגות במדדי דלקת, HB או טסיות קרישה תקינה כימיה שפירה ללא החמרה כלייתית, ללא חריגות באנזימי כדב ולבלב, CRP תקין

עמית רופא אייזנמן בן-ציון מ.ר. 189871 14:20 10/05/2026
שים לב! תשובה לא סופית! פרטי הבדיקה - תאריך: 10/05/2026 מספר: 4015014431502 [CT מוח לשלילת דימום מוחי] [סיבת הפניה: חבלת ראש כחלק מתאונת דרכים. טכניקה: הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד. בהשוואה לבדיקה קודמת: 26/03/2024 ממצאים: אין עדות לדימום תוך גולגולתי חריף. ללא עדות לשבר או ממצא הורס עצם. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. חדרים, חריצים וציסטרנות במראה תקין. מעבר קרניוצרוויקאלי חופשי. סינוסים פארנזאליים עם עיבוי רירית והפרשות קלות. תאי מסטואיד מאווררים. לא אותר דימום בתוכנת בינה מלאכותית. לסיכום: אין עדות לדימום אינטראקרניאלי. ללא עדות לשבר.] שים לב! תשובה לא סופית! פוענח על-ידי: ד"ר רז רוטמן מספר רשיון: 1179675

סיכום רופא משחרר

לסיכום, מר ויטל התקבל אחר מעורבות לדבריו בת"ד במנגנון של חזית צד עם פתיחת כריות אוויר ושברי חלונות. במלר"ד כאוב, מעט מסוחרר ומתהלך, ללא ממצאים חריפים בבדיקה גופנית, מעבדה, דימות. רושם לפגיעה במנגנון צליפת שוט. הטבה ניכרת אחר אנלגזיה. משתחרר במצב משביע רצון באישור ד"ר לוינקופף עם ההנחיות בהאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
10/05/2026 14:27	עמית רופא אייזנמן בן-ציון מ.ר. 189871	מעקב אורטופדי לפי צורך משככי כאבים לפי צורך - הוסבר למטופל, ניתן שלב תרופות ממשפחת איבופורפן (על בטן מלאה), פרצטמול ואופטלגין אחת ל 4-5 שעות בנפרד לכל תרופה קומפרסים חמים לפי צורך 3- ימי מנוחה בכל החמרה במצב נא לפנות להערכה רפואית	בברכת רפואה שלימה!

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg	10/05/2026 14:03 פוקס שלהבת	Once	DIPYRONE 1000mg/2ml inj (Optalgin) 1000 mg I.V

שם מלא: לוז ויטל 28615367



Benzion
Eisenmann

נחתם ע"י: עמית רופא אייזנמן בן-ציון מ.ר. 189871

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תעודה זו ניתנת על ידי הפל"ל 10/05/2026 בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה 9 שנתת בל"ת 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.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר 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 סרוקו

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.



מוח לשלילת דימום מוחי 10/05/2026:CT

שם מלא: לוז ויטל 28615367

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 10/05/2026 מספר: 4015014431502

CT[מוח לשלילת דימום מוחי

1

[

סיבת הפניה:

חבלת ראש כחלק מתאונת דרכים.

טכניקה: הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.
בהשוואה לבדיקה קודמת: 26/03/2024

ממצאים:

אין עדות לדימום תוך גולגולתי חריף.
ללא עדות לשבר או ממצא הורס עצם.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטרנות במראה תקין.
מעבר קרניוצרוויקאלי חופשי.
סינוסים פארנזאליים עם עיבוי רירית והפרשות קלות.
תאי מסטואיד מאווררים.
לא אותר דימום בתוכנת בינה מלאכותית.

לסיכום:

אין עדות לדימום אינטראקרניאלי.
ללא עדות לשבר.

]

שים לב! תשובה לא סופית!

-

מספר רשיון: 1179675

פוענח על-ידי: ד"ר רז רוטמן

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:



טלפון: 03-6704480

פקס: 03-6733231

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28615367

שם פרטי: ויטל

שם משפחה: לוז

טל.עבודה/נייד: 0505329246

ת.לידה: 07/04/1971

מין: ז

מיקוד 5266520

כתובת: החי"ל 20/13, רמת גן

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כ/ל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
אברהם	עצמאי	כ		
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
10/05/2026	09:15			
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
גב צוואר ברכיים בטן				

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ת.ד. ת.ע. 10.5.26 טפול ראשוני מיון תה"ש
כאבי צוואר גב חזה ברכיים

הממצא הקליני:

רגישות ע"ש צווארי כוח גס תחושה החזרים בגפיים עליונות שמורים.
רגישות ע"ש מותני כוח גס תחושה החזרים בגפיים תחתנות שמורים.
ברכיים ללא נפיחות רגישות דיפוזית

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION
- back knees

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 22 ימים, היינו מיום: 10/05/2026 עד יום: 31/05/2026 (בכלל)

14/05/2026

חתימה וחותמת הרופא**תאריך הבדיקה**

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



שם מלא: לוז ויטל 28615367

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	10/05/26 13:02	10/05/26 12:48
CBC	WBC (K/microL)	4-10.8	10.76	
CBC	RBC (M/microL)	4.4-5.9	4.94	
CBC	HGB (g/dl)	13.5-17.5	15.02	
CBC	HCT (%)	39.8-52.2	43.36	
CBC	MCV (fL)	80.5-99.7	87.78	
CBC	MCH (pg)	26-32	30.4	
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	34.6	
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	13.09	
CBC	PLT (K/microL)	130-440	236	
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	8.88	
CBC	PCT (%)	0.15-0.32	0.21	
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	85.2↑	
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	9.0↓	
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	5.0	
CBC	EOS% (%)	0-7	0.5	
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.2	
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.6	0.1	
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	9.17↑	
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	0.97↓	
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	0.54	
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.06	
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.03	
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.02	
תפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135	110	
תפקודי קרישה בסיסיים	INR	0.80-1.20	0.92	
תפקודי קרישה בסיסיים	PTT (sec.)	26-40	28	
ביוכימיה בדם	Lipemia		Normal	
ביוכימיה בדם	Estimated Glumerular Filtration Rate (CKD-EPI 2021) (ml/min/1.73m)	60	87	
ביוכימיה בדם	Icterus		Normal	
ביוכימיה בדם	Hemolysis		+	
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45	35	
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.67-1.17	1.02	
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100	120↑	
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2	4.2	
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148	133↓	
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110	99	
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4	9.4	
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0	3.30	
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7	1.90	
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	3.5-7.2	8.7↑	
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1	0.69	
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40	33	

שם מלא: לוז ויטל 28615367

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	10/05/26 13:02	10/05/26 12:48
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45	25	
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260	326↑	
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115	77	
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (U/L)	10-49	21	
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2	7.9	
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5	4.2	
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5	3.70↑	
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295	279	
ביוכימיה בדם	CPK -Blood ,total (U/L)	0-190	185	
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (U/L)	20-90	110↑	
ביוכימיה בדם	Lipase, pancreatic (U/L)	7-60	71.0↑	
סמנים דלקתיים	CRP (mg/l)	0-5	12.66↑	
Acid/Base Balance	pH	7.32-7.43		7.413
Acid/Base Balance	pCO2 (mmHg)	41-55		38.8↓
Acid/Base Balance	pO2 (mmHg)			53.6
Acid/Base Balance	HCO3 (Bicarbonate)-calc. (mmol/l)			24.2
Acid/Base Balance	Base Excess (mmol/l)			-0.2
Co-Oxymetry	Methemoglobin (%)	0.5-1.3		0.1↓
Co-Oxymetry	Saturation, O2 (%)	94-98		90.3↓
Co-Oxymetry	Hemoglobin (g/dl)	13.5-17.5		14.5
Co-Oxymetry	Hematocrit (%)	39.8-52.2		43
Co-Oxymetry	Oxyhemoglobin (%)			89.1
Co-Oxymetry	Deoxyhemoglobin (%)			9.6
Co-Oxymetry	Carboxyhemoglobin (%)	1-2		1.2
Electrolytes	Anion Gap (meq/l)	10-22		15.6
Electrolytes	Sodium (meq/l)	136-148		137
Electrolytes	Potassium (meq/l)	3.5-5.2		3.9
Electrolytes	Calcium, Ionized (mmol/l)	1.00-1.20		1.16
Electrolytes	Chloride (meq/l)	98-110		101
Metabolites	Glucose (mg/dl)	70-100		124↑
Metabolites	Lactate (mg/dl)	6-18		17

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

CT מוח לשלילת דימום מוחי

סיבת הפניה:

חבלת ראש כחלק מתאונת דרכים.

טכניקה: הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.
בהשוואה לבדיקה קודמת: 26/03/2024

ממצאים:

אין עדות לדימום תוך גולגולתי חריף.
ללא עדות לשבר או ממצא הורס עצם.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטרנות במראה תקין.
מעבר קרניוצרוויקאלי חופשי.
סינוסים פארנזאליים עם עיבוי רירית והפרשות קלות.
תאי מסטואיד מאווררים.
לא אותר דימום בתוכנת בינה מלאכותית.

לסיכום:

אין עדות לדימום אינטראקרניאלי.
ללא עדות לשבר.

-

פוענח על-ידי: ד"ר רז רוטמן	מספר רשיון: 1179675	
אושרר על-ידי: ד"ר מייקל וולף	מספר רשיון: 153067	תאריך אשרור :
10/5/2026		

תאריך: 14/05/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0010125300



015218



קוד הפניה: 490523920

טלפון: 03-6704480

פקס: 03-6733231

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

דר' ברנע מנשה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28615367

שם פרטי: ויטל

שם משפחה: לוז

טל.עבודה/נייד: 0505329246

מין: ז

ת.לידה: 07/04/1971



0028615367

מיקוד 5266520

כתובת: החי"ל 20/13, רמת גן

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

ת.ד. ת.ע. 10.5.26 טפול ראשוני מיון תה"ש
כאבי צוואר גב חזה ברכיים

ממצאים:

רגישות ע"ש צווארי כוח גס תחושה החזרים בגפיים עליונות שמורים.
רגישות ע"ש מותני כוח גס תחושה החזרים בגפיים תחתונות שמורים.
ברכיים ללא נפיחות רגישות דיפוזית

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION
- back knees

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS UNS (02/2025)
- OBESITY (12/2021)
- PREDIABETES (05/2022)

רגישויות לתרופות:

נפיחות - PENICILLIN - 26/07/2019

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90

מעשנ/ת : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה צווארי
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

לחץ שורשי?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
05/04/2026	39 ימים	0.95	Creatinine (B)
05/04/2026	39 ימים	90	eGFR

שם הרופא: דר' ברנע מנשה

תאריך: 14/05/2026

תאריך: 14/05/2026

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שבתאי דניאל

מ.ר גורם מפנה

אף אוזן וגרון



0055640577



022027



קוד הפניה: 490673361

טלפון: 03-7323311

פקס: 03-7322929

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

כתובת: דרך יצחק רבין 53, גבעתיים (קניון גבעתיים קומה 5)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: לוז	שם פרטי: ויטל	ת.ז.: 28615367
ת.לידה: 07/04/1971	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0505329246	
כתובת: החי"ל 20/13, רמת גן		מיקוד: 5266520	

מכון שמיעה

שם המכון: ציפי טרום 6749528-03-שד ירושליים 98 ר"ג

תלונות: ת.ד לפני מס ימים מאז תלונה על טינטון דו צדדי

ממצאים: אוטוסקופיה תקינה-תעלה תקינה תופית תקינה אוזן תיכונה מאוררת

אבחנה:

• TINNITUS

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS UNS (02/2025)
- OBESITY (12/2021)
- PREDIABETES (05/2022)

הבדיקה הדרושה
בדיקת שמיעה לילדים מעל גיל 5 ולמבוגרים
92557

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

14/05/2026

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 53-50-700-1

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/05/2026 עד תאריך - 10/11/2026

טיפול ואבחון הפרעות דבור

בנימין

תחומא תשולח

03 - 6749528 - 6776248

- 10797

drawing



סרט/דיבור

תו

SiSi Test
freq

I D.T.
Freq

loudness balance

ע' כו"ט:

— 20

צ'יפי קורם

קלינאית תקשורת

שד' ירושלים 99/א ר"נ

רשיון מס' 102817-13

תאריך: 14/05/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0010125300



015218

קוד הפניה: 490523920



טלפון: 03-6704480

פקס: 03-6733231

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

דר' ברנע מנשה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28615367

שם פרטי: ויטל

שם משפחה: לוז

טל.עבודה/נייד: 0505329246

מין: ז

ת.לידה: 07/04/1971

מיקוד 5266520

הח"ל 20/13, רמת גן

כתובת:



0028615367

הפניה למכון דימות - C.T

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 14/05/2026 עד תאריך - 08/02/2027

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	לוח	ויטל	שם פרטי	28615367	שם האב
רחוב	החי"ל	מס'	רמת גן	5266520	טלפון
			עיר	מיקוד	

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 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: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 14.5.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ ויטל לוז
ת.ז.ח.פ. מס' 28615367, מרחוב _____ הח"ל 20/13 רמת גן

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 05 _____ שנה 2026

X _____ חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד
מ.ד. 5452
אריאל פרייברג