



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

09 יולי 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 11/1/26
הנפגע: דוד עמרם, ת"ז 058231788

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

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



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. **שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ **מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.**
- ✍ **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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".**
- ✍ **אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ **יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.**
- ✍ **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 או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✍ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✍ **באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.**
- ✍ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✍ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

058231788

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	עמרם
מספר זהות ס"ב	דוד	מספר אישי בצה"ל
058231788		
תאריך לידה	עיסוק	מין
26 07 1963	שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐	זכר ☒ נקבה ☐
יום חודש שנה		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
שייקה דן	13			תל אביב-יפו	6765913
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	052-6222355	@			

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

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

☐ 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 למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	11 01 20 26
פרטים על הפגיעה	במהלך פינוי הזבל, פינתי קרטונים מהמדרכה, רגליי הסתבכו בסרט קשירת קרטונים, ונפילתי כלפי פנים, שלחתי ידיים כלפי פנים ונחבלתי בידים

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עיריית תל אביב-יפו						שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
רחוב/תא דואר						מס' בית					
אבן גבירול						69					
עובד תברואה						המקצוע ערב הפגיעה:					
מיקוד						ישוב					
תל אביב						דירה					
כניסה						טלפון					
5 6 1 1 4 2 7 3 0											

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות				טלפון קווי			
צה"ל				משמר הכנסת			
שב"ס				משמר אזרחי			
משטרה				אחר			
רחוב/תא דואר				מס' בית			
מיקוד				ישוב			
תאריך כניסה לשירות קבע				תאריך סיום השירות בקבע			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?							
כן ☐ לא ☐							
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.							

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט ☒ איכילוב ☐ שם בית החולים		
תקופת אשפוז		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?		
כן, פרט ☒ בית חולים איכילוב ☐ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוסס בקופ"ח כללית		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
רצ"ב תיעוד רפואי		

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים בכתפיים	
כאבים בזרוע ימין	
הגבלה וקושי בהנעת יד ימין	
קושי באחיזה	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון? ☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה? ☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

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

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
עמרים דוד			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
12- הפועלים	נוה שלם רח' מחניים 5	777	120909

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי 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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 1.7.26 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישמש 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 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר !. www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצד ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 1.7.26 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
11 01 2026 יום חודש שנה	058231788	11
שם פרטי דוד	שם משפחה עמרם	חבר בקופת חולים
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

1.7.26

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____

תאריך ושעת ההדפסה: 11/01/2026 10:43

חסוי רפואי



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Gray Faculty of Medical & Health Science
Tel-Aviv University
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה למדעי הרפואה והבריאות ע"ש גרין
אוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' מרקוביץ מיכאל מ.ר. 143791	אח/ות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: עמרם	שם פרטי: דוד	ת.ז.: 58231788
תאריך לידה: 26/07/1963	גיל: 62	טלפון: 052-6222355
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: שייקה דן 13 תל אביב - יפו 6765913 תל אביב-יפו

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 11/01/2026 09:49 מספר מקרה: 13628139

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 62 בריא
עובד עירייה

לדבריו, היום במהלך העבודה נפל ונחבל חבלה מבודדת למרפק ימין.
לאחר האירוע כאבים וקושי בהנעה.

בבדיקה - נפיחות ע"פ מרפק ימין, ללא דפורמציה וללא המטומה.
ללא רגישות ע"פ אולקרנון. ישנה רגישות ע"פ ראש רדיוס. ללא רגישות ע"פ אפיקונדיילים.
טווחי תנועה מוגבלים עקב כאב.
שמור NV.

בצילום - שבר ראש רדיוס, מייסון 1

הושם במתלה.

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
21-B2 PROXIMAL RADIUS FRACTURE INTRA ARTICULAR & ULNA INTACT (RADIAL HEAD FRACTURE)	813.07			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
10:15 11/01/2026	8
תאריך ושעה	כאב
10:15 11/01/2026	8

שם: דוד עמרם	ת"ז: 58231788	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	-------	----------------------------

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
IBUFEN CPL 400 mg	Once	10:15 11/01/2026 שיוביץ נטע	CPL 400 mg P.O

המלצות כלליות

1. בגד כאבים לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום
2. המשך מעקב רופא מטפל
3. ביקורת אורטופד, מומחה כף יד בקופ"ח עוד שבוע עם צילום ביקורת
4. יד במתלה משך שלושה ימים, לאחר מכן יש להתחיל הפעלה הדרגתית של היד ושיפור טווחי תנועה
5. בהחמרה בכאב, נפיחות או כל החמרה אחרת לפנות לרופא
6. המלצה לריפוי בעיסוק בהקדם
7. המלצה לפיזיותרפיה בהקדם האפשרי
8. מנוחה שבועיים
9. הפעלת יד לפי יכולת
10. קומפרסים מקומיים קרים

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
בילקובסקי סבטלנה מ.ר. 160743	אח/ת משחררת	11/01/2026 10:43

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר עבאדי מוחמד מ.ר. 173355	רופאה משחררת	11/01/2026 10:39

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



תאריך: 14/01/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרם דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת.לידה:	26/07/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן	טלפון נוסף:	3- 7392050	
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355					

11/01/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33288509952

מספר הפניה:

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288509952

תז נבדק



58231788

מספר רשיון



108090

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97004	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה ב-11/1/2026 ת. עבודה - FRACTURE HEAD OF RADIUS MAISON 1 RT

היה במיון - בטיפול במתלה
עדיין כאבים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
07/09/2016		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE
01/01/1987		SMOKER
01/11/2009		NEPHROLITHIASIS
23/02/2020		VITAMIN B12 DEFICIENCY
03/03/2020		PRE DIABETES

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000MCG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ZOLPIDEM TARTRATE 10MG TAB 10MG
ביום	1	טבליות	1	CIALIS 20 MG (8) TAB 20MG

ממצאים קליניים לא BLOCK

מטרת הבדיקה: חזוק שרירים + ROM לאחר שבר

ד"ר קירסטין הוסם הוים

נחתם דיגיטלית

108090

חתימה וחומתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

22.2
הוצא 10.01.2026

תאריך: 14/01/2026

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרם דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת.לידה:	26/07/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן			
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355	טלפון נוסף:	3- 7392050			

תאריך תאונה: 11/01/2026

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8130	RT	FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 11/01/2026 עד יום 11/03/2026 (בכלל) סה"כ 60 ימים
 14/01/2026 14/01/2026

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב

ד"ר קירסטין הוסם היום **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 18/01/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרי דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת.לידה:	26/07/1963	ישו:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן	טלפון נוסף:	3- 7392050	
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355					

מספר הפניה ישירה: 35205030044

גורם שולח



5205

מספר הפניה



035205030044

תז נבדק



58231788

מספר רשיון



161054

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון-הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצלמים 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: אולטרסאונד כתף ימין.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US, s.a. CT028	כתף ימין	10405031

המטופל מתלונן על

ביקור מינהלי

ביקור היכרות:

גרש + 2 ילדות + 2 נכדות.

עובד עירייה - תברואה.

ברקע: טרום סוכרת, חרדות, ללא ניתוחים ללא תרופות קבועות או רגישות.

הרגלי חיים: 1.פע גופנית- הליכות 2. עישון 35-שנות קופסא. 3. אלוהול- לא

FHX: ללא רקע משפחתי לממאירות או מחלות CVD.

סקרנו ועדכנו רשומת תרופות קבועות שנוטל.

11.1.26 - במהלך העבודה נחבל מפרק ימין + כתף ימין + צלעות ימין

בצילום - שבר רדיוס, מייסון 1.

הושם מתלה

נבדק עי אוטורפד קיבל 60 ימי מחלה. בקופח. והופנה ל PT. - דר קירסטין

מטופל באדוויל - עם הטבה.

סימנים חיוניים גובה 160 נמדד ב: 07/02/2023 משקל 63 נמדד ב: 18/10/2025 BMI 24.61

לחץ דם 120 / 70 נמדד ב: 18/10/2025

דופק 77 נמדד ב: 28/12/2021

03/06/2024 מתאריך: 80.95 eGFR

ממצאים עיקריים יד ימין הגבלה ב ROM + רגישות לאורך מפרק זרוע. אמה וכתף.
שטף דם ב מפרק.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS

דין/תוכנית טיפולית אולטרסאונד כתף ימין.
סקר דם סמוי + מעבדה רוטינה.

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

18/01/2026

הודפס ע"י ד"ר יואב ברגר

00058231788

עמרי דוד

תאריך 14/06/2026

סיכום טיפול

פרטי המטופל

עמרם דוד

שם משפחה ושם פרטי

00-05823178-8

מס זהות

62.11

גיל

26/07/1963

ת. לידה

נתן

שם האב

7392050 - 3

טלפון נוסף

6222355 - 52

טלפון

13

מס בית

שייקה דן

רחוב

תל אביב - י

ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 260573742 מספר זיהוי הפניה: 33288509952

תאריך הפניה: 14/01/2026

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר קירסטין הוסם היום

רשיון רופא: 108090

מרפאה: 3288

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	8130		FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8130	FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

תאריך תחילת טיפול: 22/02/2026

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
50	תרגילי חיזוק
11	טיפול באמבטיה מערבולת
12	הדרכה לתרגול בבית
11	תרגילי גמישות
10	טיפול ברקמה רכה
2	טיפול ב-TENS

סיכום טיפול

עמרם דוד

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-05823178-8 הודפס ע"י חאלד אברהים

מרכז	איבר	צד	דחג בעת פתיחת הסידרה	דחג בעת סגירת הסידרה
		ימין	6	

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: מצב לאחר שבר ראש רדיוס. מטופל בפיזיותרפיה.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 14/06/2026
 07/06/2026
 31/05/2026
 24/05/2026
 04/05/2026
 29/04/2026
 19/04/2026
 09/04/2026
 26/03/2026
 18/03/2026
 12/03/2026
 01/03/2026
 22/02/2026

מכיל
 מכון לשיקום וסיוע לנכים
 רחוב לבנים 35 תל אביב
 טל: 03-5301575 פקס: 03-7303168

10134591
 מספר רשיון

חאלד אברהים
 שם מטפל

חתימה וחתימת