



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

01 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 22/06/2026
הנפגע: מחמד אלגרינאוי, ת"ז 204334321
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"ך חתומים ע"י מרשי.

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

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
אלגרינאוי	מחמד	204334312
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
0523749739		@
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 מ"י. נונה בע"מ	תפקיד התובע במקום העבודה	נהג משאית
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
משק 31	31	
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס
0512808547		
☐ 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
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
14:30	22.6.26	14:30	שני	22/06/2026 יום חודש שנה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

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

בעת פריקת סחורה באולם אירועים באופקים נפל על היד שלי שולחן _____

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

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ 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
שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	22/06/2026 יום חודש שנה

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)
כף יד שמאל, אצבע 3 שמאל	שבר	מיון סורוקה
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2 0 6 שעה 1 5 4 6	3 ימים	מחלקה לכירורגיה פלסטית סורוקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
רצ"ב תיעוד רפואי	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	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

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 border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום				מתאריך <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>2026</td> <td>06</td> <td>22</td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום	2026	06	22	☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה								
שנה	חודש	יום																						
שנה	חודש	יום																						
2026	06	22																						
עד שעה <table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>דקה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שעה	דקה			משעה <table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>דקה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שעה	דקה			עד תאריך <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				מתאריך <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
שעה	דקה																							
שעה	דקה																							
שנה	חודש	יום																						
שנה	חודש	יום																						
עד שעה <table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>דקה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שעה	דקה			משעה <table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>דקה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שעה	דקה			עד תאריך <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				מתאריך <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				
שעה	דקה																							
שעה	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 _____ עד שעה: _____ עבודה במשמרות ☐																								

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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 ✕ _____

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

מחמד אלגרינאוי

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	אופקים 789	789	00506601

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

☐ עיוור/ 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 ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני 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 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.

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 בעת מילוי הטופס וצורפותיו 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 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, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 1.7.26 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

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

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

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

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: אולם אימון אופקים
שעת הפגיעה: 14:30
המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: אולם אימון אופקים
האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: (הגן המשא)
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם שי ספקר ת.ז. 040441255
2. שם _____ ת.ז. _____
תפקיד הנפגע במפעל נהג משאית שעת היציאה 13:00
מטרת יציאתו מחוץ למפעל הוספה
שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת יוסי כין נין שעת החזרה הצפויה 14:30
תפקידו נהג חברה
☐ 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 _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____
תאריך תחילת עבודה: 11/5/25 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5
☐ 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, ההפרשים 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	
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה
חודש ספטמבר	16	☐	☒	10,022		
חודש אוקטובר	20	☐	☒	10,515		
חודש נובמבר	19	☐	☒	10,266	150	אפריון (מיאן)
חודש דצמבר	18	☐	☒	10,238	417	מאן חג

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.
☒ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט האם לא
☒ 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 אליזבא אלכין מספר טלפון: 08-6750144
דואר אלקטרוני: aviadecpa@gmail.com
חתימת המעסיק יו תאריך 21/7/26 שם ותפקיד החותם יוסי כין נין חתימה וחותמת חברה חברה
מ.י. מנהל בע"מ
ח.פ. 515947224

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: 19.5☐ 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 למניקא הסחורה היו זכויים אלא 3 לקציןמפקד המוסק קפולא, ראש המאגף אלא יצא המוסק יצא 2 בוקצין א

21/7/2026

תאריך תפקיד החותם מפקד המוסק שם החותם יוסי קולין חתימה וחתימת א.מ. חנונה בע"מ

ח.פ. 515947224

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 וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	204334312	22/06/2026 יום חודש שנה
שם משפחה	שם פרטי	
אלגרנאוי	מחמד	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטתי 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 1.7.26 חתימת המבוטח x

הופק ע"י טל דניאלנסים מ.ר. 173317 24/06/2026 08:13

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לכירורגיה פלסטית
מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
מס' קבלה למחלקה: 2548824301
טלפון:
פקס: 08-6768706
קבלה למיון: 15:46 22/06/2026
קבלה למחלקה: 18:02 22/06/2026
ימי אשפוז במחלקה: 3

שם משפחה:	אלגרינאוי	ת. לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
כתובת:	ת.ד. 1, רהט 8535701	מין:	זכר
טלפון:	0523749739	גיל:	33
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	חן
גורם מממן:	דרום		

תקופת אשפוז

תאריך כניסה למחלקה 22/06/2026 - תאריך שחרור מהמחלקה 24/06/2026

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND, UNSPECIFIED	81610			✓			

תלונה עקרית

שבר בגליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

מחלה נוכחית

בן 33, בריא
לא נוטל תרופות.
חוסן לטטנוס במיון.

נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.

בבדיקת

נינוח, מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1

צילום - יד שמאל - שבר בגליל דיסטלי אצבע 3 המערב את מפרק DIP
מעבדה ללא ליוקוציטוזיס, המוגלובין 14.7, טסיות 360, CRP אפסי.

בחדר פעולות במיון
הרדמה מקומית
שטיפה עם סליין פולידין 3 ליטר
כיסוי כמקובל
באקספלורציה ללא גופים זרים
תפירת החתך עם חוט ראפיד 4-0
חבישה עם גרזולין ופוסידין.
הונח סד ביישור

קיבל מנה ראשונה צפזולין 2 גרם במיון
צילום ביקורת - יד שמאל - שבר בגליל דיסטלי אצבע 3 המערב את מפרק DIP

תכנית
IVAB
אנגלטיקה
הערכת כף יד לניתוח

מחלות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים בקבלה

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לכירורגיה פלסטית
מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
מס' קבלה למחלקה: 2548824301

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
סוג דם:		שם האב:	חסן

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	רמת כאב
07:48 24/06/2026				4
06:46 24/06/2026				0
01:28 24/06/2026				0
20:56 23/06/2026				0
11:55 23/06/2026		139/87		

מהלך ודין

בן, 33, בריא
נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.
שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

לאורך אשפוזו טופל אנטיביוטית IVAB, אנלגטית לפי הצורך והונח בסד גבס מלט ע"י ריפוי בעיסוק.
ללא אירועים חריגים לאורך אשפוזו.

בבדיקתו היום -
נינוח, מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1
ויאבילי ללא עדות לסימני זיהום פעיל

לסיכום ללא מניעה משחרור המטופל והמשך מעקב אמבולטורי מרפאתי.

צינוני אומדנים - אומדן רגל סוכרתית - חדש

אומדן	תאריך	ציון	משמעות
אומדן אחרון			
אומדן רגל סוכרתית	22/06/26 19:04	0	רמת סיכון נמוכה לפתח פצע

המלצות

המלצה:
המשך מעקב רופא מטפל
משככי כאבים לפי צורך ועל פי רגישות
ממחר ניתן לרחוץ את הפצע הניתוחי במקלחת במים וסבון לאחר מכן לחבוש עם משחת פוסידין (שכבה דקה)
יש להקפיד על התאמת הסד מעל החבישה בהתאם להוראות מכון ריפוי בעיסוק
מומלץ המשך מעקב מכון ריפוי בעיסוק, לצורך קביעת תור יש לפנות למרפאת האם בקופת החולים בה מבוטח המטופל
ביקורת מרפאת כף יד עוד שבועיים, נא לתאם תור בטלפון 08-6400737, להצטייד בהתחייבות מתאימה
אם חלה החמרה במצב- חום, סימני זיהום מקומיים של הפצע הניתוחי (אודם, מוגלה מרובה, כאב עז, נפיחות מרובה, חום מקומי), דימום מסיבי של פצע ניתוחי- יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
חופשת מחלה: 2 שבועות.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	Oral	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, traMADol HYDROCHLORIDE)
✓				2 שבועות	X 1 ביום	1 APPLICATION	Topical	FUCIDIN CREAM 2% (FUSIDIC ACID)

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלגרינאו	תאריך לידה:	30/07/1992	מחלקה לכירורגיה פלסטית
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2	מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
סוג דם:		שם האב:	חסן	אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
				מס' קבלה למחלקה: 2548824301

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
------	-------	---------------	---------------	-----	--------	-------	----------	-----------

מעקב ריפוי בעיסוק

נרשם ע"י: הר שלום רחל נחמה מ.ר. 14160021, מחלקה לכירורגיה פלסטית

תאריך עדכון: 11:05 23/06/2026

דיווח / דיון: מוחמד, בן 33, ר', מתגורר ברהט. בריא ברקע ללא רגישויות ידועות. עובד במפעל ברזל. דומיננטיות ידנית ימין. 22/06/26 הגיע למיון לאחר שנחבל באצבע 3 שמאל בעבודתו לדבריו כאשר נפל שולחן ברזל על כף ידו. בבדיקתו - יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף. אובחן שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ אושפז להמשך טיפול.

בריפוי בעיסוק -
כעת יום לאחר פציעתו. נינוח, ללא כאבים כעת. קיבל משככי כאבים בבוקר.
אצבע 3 שמאל בחבישה דקה, לדבריו חבישה הוחלפה הבוקר על ידי צוות סיעודי.
טיפול -
הותאם סד מאלט להגנה על DIPJ וגליל דיסטלי. הודרך ללבישה רציפה של הסד ללא הורדה מלבד בעת החלפת חבישות.

לדברי הרופאים אינו מיועד לתיקון ניתוחי.
זקוק להמשך טיפול במכון ריפוי בעיסוק בקהילה לשיקום היד לאחר שבר גליל דיסטלי.
יש להעביר הפניה זו למרפאת האם ולבקש לפתוח בקשה במערכת מ.ס.ר קוד 81001.
בהצלחה

סיכום והערכה ריפוי בעיסוק

מוחמד, בן 33, ר', מתגורר ברהט. בריא ברקע ללא רגישויות ידועות. עובד במפעל ברזל. דומיננטיות ידנית ימין. 22/06/26 הגיע למיון לאחר שנחבל באצבע 3 שמאל בעבודתו לדבריו כאשר נפל שולחן ברזל על כף ידו. בבדיקתו - יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף. אובחן שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ אושפז להמשך טיפול.

בריפוי בעיסוק -
כעת יום לאחר פציעתו. נינוח, ללא כאבים כעת. קיבל משככי כאבים בבוקר.
אצבע 3 שמאל בחבישה דקה, לדבריו חבישה הוחלפה הבוקר על ידי צוות סיעודי.
טיפול -
הותאם סד מאלט להגנה על DIPJ וגליל דיסטלי. הודרך ללבישה רציפה של הסד ללא הורדה מלבד בעת החלפת חבישות.

לדברי הרופאים אינו מיועד לתיקון ניתוחי.
זקוק להמשך טיפול במכון ריפוי בעיסוק בקהילה לשיקום היד לאחר שבר גליל דיסטלי.
יש להעביר הפניה זו למרפאת האם ולבקש לפתוח בקשה במערכת מ.ס.ר קוד 81001.
בהצלחה

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רישיון:
טל דניאל נסים	173317

חתימה דיגיטלית:

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לכירורגיה פלסטית
מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
מס' קבלה למחלקה: 2548824301

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
סוג דם:		שם האב:	חסן

נחתם ע"י: טל דניאל נסים מ.ר. 173317

חתימה:

מסמכים נלווים

המכתב הודפס על ידי טל דניאל נסים 24/06/2026 08:13

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

Elgrinawi, Mohamed, 20433431, אלגרינאוי מחמד,
Acc: 1245005873523
Exam Desc: XR HAND / WAIST/ FINGER(S)
Series Desc: HAND
1 - 2 (ALL)
Lossy (1:15)

6/22/2026 6:25 PM
SOROKA MEDICAL CENTER
C:6242 W:16033
Zoom: 35%



12:49 25/06/2026 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:		אלגרינאוי מחמד	
שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	00204334312	גיל: 33.11 מין: ז
ת.לידה: 30/07/1992	רחוב: ת.ד. 1	טלפון: 52-3749739	טלפון נוסף: 52-3012203
מס בית: 0	רשום:	רשום:	

22/06/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433052665

מספר הפניה:

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433052665

תז נבדק



0204334312

מספר רשיון



037410

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81001	97003	ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	81001

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
	OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND	
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	

תלונות: לאחר אשפוז עקב חבלה באצבע 3 כף יד שמאל בזמן עבודה
אובחן שבר גליל דיסטלי באצבע
בוצעה תפירה
טופל אנטיביוטית
הונח סד גבס

35.01	bmi	13/10/2024	106	משקל	13/10/2024	174	גובה	סימנים חיוניים:
					16/02/2026	147 / 81	לחץ דם	
					16/02/2026	105	דופק	

13/01/2025 מתאריך 105.15 eGFR

078 FEV1/FVC 19/01/2025 עודק ב 75 (%)FVC 19/01/2025 75 (%)FEV1

דיון/תוכנית טיפולית: החלפת חבישה
250 בהקדם

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		LAP GASTRIC BANDING
01/01/2013		OVERWEIGHT (BMI < 30)
19/12/2021		VITAMIN D DEFICIENCY
16/01/2023		SMOKER

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2007	01/03/2007		OBESITY (BMI >30)
01/12/2005	01/12/2005		MASTOIDECTOMY

ס.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

25/06/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

הודפס מאתר כללית ב-01.07.2026 בשעה 09:31 בעבור מחמד אלגרינאוי. תעודת זהות: 204334312.

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
TRAZODONE HCL TAB 100MG 100MG	1	טבליות	1	ביום
ESCITALOPRAM TAB 20MG 20MG	1	טבליות	1	ביום
PROMETHAZIN HCL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום
VITAMIDYNE D3 DRP 200IU 10ML 200IU		טיפות	0	ביום
ESOMEPRAZOLE TAB 40MG 40MG	1	טבליות	2	ביום

נחתם דיגיטלית

37410

ד"ר יוסף אבו מטיר

חתימה וחזמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



017433132342

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

אלגרינאוי מחמד

מס' זהות: 00204334312

גיל: 33.11 מין: ז

ביקור עקב תאונת עבודה

AUGMENTIN BID TAB 875MG 14(D) 875MG

110018568

למשך 7 ימים סה"כ 14 יח

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 10/07/2026 - 30/06/2026

מס' רישיון



037410

טלפון: 08-6627222

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר יוסף אבו מטיר

כתובת: שכונה 18, כיכר אלסלאם

תחום: מומחה לרפואת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 01/07/2026

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: אלגרינאוי מחמד
מס זהות: 00204334312
גיל: 33.11 מין: ז
ת.לידה: 30/07/1992
ישו: רהט
מס בית: 0
טלפון: 52-3749739
טלפון נוסף: 52-3012203
רחוב: ת.ד. 1
מס זכות: 52-3012203

תאריך תאונה: 22/06/2026

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 22/06/2026 עד יום 31/07/2026 (בכלל) סה"כ 40 ימים
01/07/2026 01/07/2026

תאריך מתן התעודה
רהט ב'

ת. הבדיקה

חתימה וחתימת 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: 05/07/2026 11:21

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אלגרינאוי מחמד	מס זהות:	00204334312	גיל:	33.11	מין:	ז
ת.לידה:	30/07/1992	ישוב:	רהט	רחוב:	ת.ד. 1	טלפון נוסף:	52- 3012203	
מס בית:	0	טלפון:	52- 3749739					

22/06/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433052916

מספר הפניה:

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433052916

תז נבדק



0204334312

מספר רשיון



037410

לכבוד: מיון אורטופדי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
		OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2026:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/06/2026:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2026:

לאחר אשפוז עקב חבלה באצבע 3 כף יד שמאל בזמן עבודה

אובחן שבר גליל דיסטלי באצבע

בוצעה תפירה

טופל אנטיביוטי

הונח סד גבס

30/06/2026

כאבים

נפיחות

01/07/2026

הביא 250

עדיין מתלונן על כאבים

בתאריך 07/07 מוזמן למרפאת כף יד

05/07/2026

כאבים עזים

סימנים חיוניים: גובה 174 13/10/2024 משקל 106 bmi 35.01

לחץ דם 147 / 81 16/02/2026

דופק 105 16/02/2026

13/01/2025 מתאריך 105.15 eGFR

FEV1/FVC 078 19/01/2025 עודכן ב 75 (%)FVC 19/01/2025 75 (%)FEV1

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 01/07/2026:

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

05/07/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		LAP GASTRIC BANDING
01/01/2013		OVERWEIGHT (BMI < 30)
19/12/2021		VITAMIN D DEFICIENCY
01/01/2026		SMOKER

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2007	01/03/2007		OBESITY (BMI >30)
01/12/2005	01/12/2005		MASTOIDECTOMY

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	TRAZODONE HCL TAB 100MG 100MG
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	1	PROMETHAZIN HCL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	0	טיפות		VITAMIDYNE D3 DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	2	טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 40MG 40MG

ד"ר יוסף אבו מטיר	37410	**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.

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאוי	תאריך לידה: 30/07/1992	מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני
שם פרטי: מחמד	תעודת זהות: 20433431-2	מ.ר. 26765
כתובת: ת.ד. 1	מין: זכר	אחות אחראית מ"מ שושי הונוולד
רהט		טלפון: 08-6400345
8535701		פקס: 08-6400043
טלפון: 0523749739	גיל: 33	תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13
סוג דם:	שם האב: חסן	מספר ביקור: 2550055201
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטיד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

המלצות

המלצה: המלצות פלסטיקה -
משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטיד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605



חתימה:

נחתם ע"י: דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מחמד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חסן	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי הנוולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF FINGER(S)	81600						

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

כאבים באצבע

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

VAS	חום PO	סטורציה באוויר חדר	לחץ דם	דופק	תאריך ושעה
2	36.7	97	145/94	67	20:46 05/07/2026

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' הלפרן דור מ.ר. 178470, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 21:55 05/07/2026

דיווח / דיון: בן 33

15 יום לאחר חבל תאצבע עם שבר גליל דיסטלי פתוח בגינו אושפז לטיפול אנטיביוטי IV

מלין על כאבים חזקים

הוחל בקהילה טיפול באוגמנטין

מדדים בנורמה ללא חום

בבדיקה קצה אצבע בצקתי ומסרטיבי ללא אודם משמעותי ללא הפרשה מוגלתית, לא כאוב בלחיצה

ללא סימני לימפאנגייטיס או לימפאדניטיס

בצילום שבר ללא שינוי

לסיכום כעת ללא סימני זיהום חריף

זקוק לטיפול טיפול אנלגטי והתאמת סד הגנתי

נחבש עם פולידין בסד

המלצות פלסטיקה-

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 22:26 05/07/2026

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי הונוולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חסן	שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מחמד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	--	--

מסמכים נלווים

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאוי	תאריך לידה: 30/07/1992	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני
שם פרטי: מחמד	תעודת זהות: 20433431-2	מ.ר. 26765
כתובת: ת.ד. 1	מין: זכר	אחות אחראית מ"מ שושי הונוולד
רהט		טלפון: 08-6400345
8535701		פקס: 08-6400043
טלפון: 0523749739	גיל: 33	תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13
סוג דם:	שם האב: חסן	מספר ביקור: 2550055201
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב ריפוי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטיד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

המלצות

המלצה: המלצות פלסטיקה -
משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב ריפוי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטיד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605

חתימה:

נחתם ע"י: דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605

י פ ו י כ ח

מחמד אלגרינאו'

אני הח"מ, _____ מס' 204334312, מרחוב _____ ת.ד 1 רהט _____, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 01 לחודש 07 שנה 2026

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

מ.ר. 62254
מרסל פרידל, עו"ד

עורך-דין



16/06/2026
דף חשבון מט"ו

המיויל נפתח בתאריך 19/06/2026

לאומי

מחמד אלגורנאוי
אל סלאח 32 רהט

מס. לקוח 10-789-5066/21

עמוד 1 מתוך 2

70010 - 1260616

דף חשבון מט"ו

16/06/2026

תאריך:

7/2026

דף מספר

IL18 0107 8900 0000 0506 601

מספר זה"ב (IBAN)

מסוג: חשבון זהב חופשי

חשבון שיקים

להלן פרוט חשבונך בשיקלים

הגדרות, סיסמה ושירותים

✓ 789-5066/01



פרטי החשבון (כולל IBAN)



להעברות בארץ

בנק

בנק לאומי 10

סניף

אופקים 789

מספר חשבון

005066/01