

שם: האני גאנס
ת.ז.: 029774254
סדרה: 3
תאריך: 18/06/2026

סיכום טיפולים

בדיקה סובייקטיבית:

מהלך המחלה הנוכחית:

בן 51 עובד ברפאל לדבריו היה מעורב בתד. 28.3.26, מתלונן על כאבי ברך שמאל, השגנו מטרות שצוינו עדיין קשה לו במדרגות יותר מ20 מדרגה שמחמיר יותר בירידה, עמידה משיבה של שעה ויותר קשה לו, קשה לו בעמידה משכיבה בתחילת כמה צעדים או מירידה מאוטו אחרי נהיגה של 30 שעה ויותר, קושי בנהיגה ליותר מחצי שעה... ללא הגבלה בטווחי תנועה אך קושי בסוף כיפוף בברך ...

19/05/2026

אורטופדיה

קופת חולים מאוחדת

ד"ר כריני פריד

PAIN KNEE left

PAIN KNEE left

תאריך הפנייה:

סוג הטיפול:

גורם מממן:

שם רופא:

אבחנה:

אבחנת פיזיותרפיסט:

בדיקות נוספות:

שיפור טווחי תנועה, הורדת כאבים.

חימום, חשמל, US,

תוכנית טיפול:

סוג הטיפול:

טיפולים:

מספר	תאריך	התחייבות	קוד טיפול	סוג טיפול	הערות
1	05/05/2026	730238410	93.12	בדיקה ראשונה, חימום, חש, מל, US	
2	07/05/2026	730238410	93.12	חימום, חשמל, US	
3	12/05/2026	730238410	93.12	חימום, חשמל, US	
4	14/05/2026	730238410	93.12	חימום, חשמל, US	
5	19/05/2026	730238410	93.12	חימום, חשמל, US	
6	21/05/2026	730238410	93.12	חימום, חשמל, US	
7	04/06/2026	730377966	93.12	חימום, חשמל, US	
8	11/06/2026	730377966	93.12	חימום, חשמל, US	
9	18/06/2026	730377966	93.12	חימום, חשמל, US	

בכבוד רב,

אימאן אבו חלו
א.ח. פיזיותרפיה
סנטר בע"מ
ח.פ.מ. 515954717

ת.ז.: 1029774254 שם המבוטח: גאנם האני מין: זכר ביטוח: שיא ת.לידה: 23/04/1975
כתובת: ת.ד 28 בית גן מיקוד: 24990 טלפון: 404-9803861



הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה כללי - PRG0059

תלונות החולה:

- לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ב-28/03/2026 נבדק בזיו מתלונן על כאבים בזיו עבר שאיבת בוזיטיס ב-26/04/2026
- עדיין עם כאבים ללא שיפור עם החמרה למרות טיפולים עם הגבלה בטווח תנועות הכאבים מתעצמים מיום ליום
- תנועות כואבות עם רגישות במישוש כאבים בתנועה פסיבית ואקטיבית עם נפיחות ללא שיפור תחת טיפול עם החמרה במצה והגבלה בתנועות

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות הגבלה בתנועות כפיפה ויישור עם קליקים ברך יציבה סמנים מניסקאליים

אבחנות:

- PAIN KNEE left

שאלות לבדיקה:

הורדת כאבים שיפור טווח תנועות



רשיון: 28856

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד

תחום עיסוק: אורתופדיה

טלפון: 04-9805307

כתובת: בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן

ת.ז: 1029774254 שם המבוטח: גאנא האני מין: זכר ביטוח: שיא ת.לידה: 23/04/1975
כתובת: ת.ד. 28 בית גן מיקוד: 24990 טלפון: 404-9803861



מס. טופס



5452011652

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופל ששמו מופיע באישור זה אינו מסוגל לעבוד. אישור זה ניתן מיום 20/05/2026 עד יום 30/06/2026 סה"כ 42 ימים

האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

אישור מחלה בגין כאבים בברך שמאל

אישור מחלה קשור לתאונת דרכים



רשיון: 28856

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד

תחום עיסוק: אורתופדיה

טלפון: 04-9805307

כתובת: בית ג'אן-כניסה לכפר בית ג'ן

תאריך הפקה : 05.05.2026
תאריך הדפסה : 05.05.2026

מקור

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות

התחייבות מספר 730238410



תאריך הטיפול: 05.05.2026

נותן השירות	
שם:	א.ח. פזילותרפיה סנטר בית ג'ן
מחלקה / מרפאה:	
כתובת:	בית ג'ן
טלפון:	0507300505

שם השירות	קוד השירות	כמות
פזילותרפיה פרטנית	93.12	6

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

רוצה לקבל את השירות במקום אחר? אם עדיין לא מימשת את טופס ההתחייבות ניתן להגיש בקשה לביטול והנפקת טופס התחייבות חדש למרכז רפואי אחר מתוך הרשימה המופיעה באתר/אפליקציה/מרפאות מאוחדת או/במעמדי/ים הבאים.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באיזור האישי באתר/אפליקציה/מרפאה או בטלפון *3833. אפשר לקבל את השירות במוסד רפואי כל עוד המוסד, מופיע ברשימה, וכל עוד הינך חברה/ בקופת חולים מאוחדת.

לתשומת ליבך, מאוחדת לא תממן טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן ללקוח פעמיים עבור אותה הפנייה.

אם אין שינוי בבחירתך, טופס זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות. אם שילמת דמי השתתפות עצמית עבור הפקת הטופס ולא מימשת אותו, באפשרותך לפנות למרפאה בבקשה להחזר תשלום.

פרטי המבוטח/ת	תאריך לידה: 23.04.1975	טלפונים: 404-9803861 052-3006743	מיקוד: 24990
ת"ז: 297742541	שם: גאנם האבי		
כתובת: ת.ד. 28	בית ג'ן		

תוקף התחייבות זו עד תאריך 03.11.2026	וכל עוד המבוטח/ת חברה/ בקופת חולים מאוחדת
גורם מפנה: רופא קופה - כריני פריד	רשיון: 28856
מפיק/ת התחייבות: נדא שאהין	מרפאה: בית ג'ן
טלפון: 04-9805307	

יש להגיע עם כרטיס מגנטי ותעודה מזהה לקבלת השירות

www.meuhedet.co.il

ת.ז: 1029774254	שם המבוטח:	גאנם האני	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 23/04/1975
כתובת:	ת.ד 28 בית גן	מיקוד: 24990	טלפון: 404-9803861				

מ.ס. טופס	5452011462
-----------	------------

הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה כללי - PRG0059

תלונות החולה:

- לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ב-28/03/2026 נבדק בזיו מתלונן על כאבים בזיו עבר שאיבת בוזיטיס ב-26/04/2026
- עדיין עם כאבים ללא שיפור עם החמרה למרות טיפולים עם הגבלה בטווח תנועות הכאבים מתעצמים מיום ליום

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות הגבלה בתנועות כפיפה ויישור עם קליקים ברך יציבה סמנים מניסקאליים

אבחנות:

- PAIN KNEE left

שאלות לבדיקה:

הורדת כאבים שיפור טווח תנועות

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד	רשיון: 28856	ת.ז: 04-9805307	טלפון: 04-9805307
תחום עיסוק: אורתופדיה	כתובת: בית ג'אן-כניסה לכפר בית ג'ן		



ת.ז: 1029774254	שם המבוטח:	גאנם האני	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 23/04/1975
	כתובת:	ת.ד 28 בית גן	מיקוד:	24990	טלפון:	404-9803861	

מ.טופס  5452011454	אישור מחלה
---	-------------------

הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופל ששמו מופיע באישור זה אינו מסוגל לעבוד. אישור זה ניתן מיום 26/04/2026 עד יום 19/05/2026 סה"כ 24 ימים

האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית

החל מ 11.2015 עפ'י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

אישור מחלה בגין כאבים בברך שמאל

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד	רשיון: 28856		
תחום עיסוק: אורתופדיה	טלפון: 04-9805307	בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן	
כתובת:			

תאריך ושעת הפקה: 15:42 26/04/2026
חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Ziv Medical Center



מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי זיו

מסונף לפקולטה לרפואה בגליל ע"ש עזריאלי

המחלקה לרפואה דחופה
תעודת חדר מיון

מספר מקרה: 11216774



שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' רוזנפלד אינה מ.ר. 35542	אח/ות אחראית: שאול קבסה
טלפון: 04-6828834	פקס: 04-6828833	דוא"ל: mkh@ziv.gov.il

שם משפחה: גאנץ	שם פרטי: האני	ת.ז.: 29774254
תאריך לידה: 23/04/1975	גיל: 51	טלפון: 052-3006743
מין: זכר	גורם מממן: קופ"ח מאוחדת	כתובת: ת.ד. 28 בית ג'ן בית ג'ן 2499000

תאריך ושעת קבלה: 12:13 26/04/2026

זמן פתיחת גיליון - 12:33 26/04/2026

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 15:42 26/04/2026 שעה:

ד"ר אחמד שמאליה
מ.ר. 1-187096

החלטה: שחרור

רופא אחראי

רופא: דר' רושורש אמיר מ.ר. 190163

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
PREPATELLAR BURSITIS	726.65	Left		✓			

תיעוד פעולות במלר"ד

האם בוצעה פעולה?	תאריך ושעה
לא	13:03 26/04/2026

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 51,

פנה למיון עקב נפיחות בברך שמאל, לדבריו לפני חודש ימין נחבל בברך שמאל מרכב לאחר שמישהו בטעות חזר ריוורס ופגע בברך של המטופל.
יום-יומיים לאחר החלה התחיל סיפור של נפיחות וכאבים, קבל טיפול בנוגדי כאב ומשחי ללא הטבה

שם: האני גאנם	ת"ז: 29774254	מקרה: 11216774	מחלקה: לרפואה דחופה
---------------	---------------	----------------	---------------------

כעת פנה עקב כאבים ונפיחות, ללא עליית חום ללא צמרמורת ללא כל תלונה אחרת

בבדיקתו :
 ברך שמאל -
 עור ללא פצעים ללא המטומא, נפיחות גדול קדמית לפיקה, מורגש תפליט במישוש, רגישות במישוש, ללא חום במגע
 הגבלה בכיפוף ויישור משנית לכאבים ללא חוסר נ"ו

בדיקה גופנית

נבדק: ק

*
מדדים

דופק	סטורציה	לחץ דם	Date Time
64	100	139/89	26/04/2026 12:35

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	26/04/26 14:36	26/04/26 14:25	26/04/26 13:53	26/04/26 13:31
CBC					
WBC	10	4.50 - 11.00			3.79 ↓
RBC	10	4.50 - 6.30			4.92
HGB	g/dl	13.0 - 17.5			14.7
HCT	%	39.00 - 53.00			40.00
MCV	fL	81.0 - 96.0			81.4
MCH	pg	25.00 - 30.00			29.90
MCHC	g/dl	31.0 - 34.0			36.8 ↑
RDW	%	11.6 - 14.8			13.7
PLT	10	150.0 - 350.0			133.0 ↓
MPV	fL	8.0 - 12.0			9.0
דיפרנציאל					
NEUTRO%	%	54.00 - 69.00			56.60
LYMPHO%	%	23.0 - 35.0			33.9
MONO%	%	4.00 - 8.00			5.30
EOS%	%	1.000 - 5.000			1.100
BASO%	%	0.00 - 1.00			0.80



שם: האני גאנס	ת"ז: 29774254	מקרה: 11216774	מחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	----------------	--------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס	26/04/26 14:36	26/04/26 14:25	26/04/26 13:53	26/04/26 13:31
LUC (Large unstained cells) %	% 0.0 - 4.0				2.2
NEUTRO abs	10 3.000 - 7.700				2.150 ↓
LYMPHO abs	10 1.100 - 3.100				1.290
MONO abs	10 0.200 - 0.500				0.200
EOS abs	10 0.050 - 0.500				0.040 ↓
BASO abs	10 0.000 - 0.100				0.030
LUC (Large unstained cells)					0.1
נחלי גוף - ספירת תאים					
WBC-BF	cells/mm3		255		
RBC	10		0.157		
PolyMorphoNuclears %	%		29.0		
MonoNuclears %	%		71.0		
ביוכימיה					
Glucose	mg/dl 74.00 - 106.00			92.00	
Creatinine	mg/dl 0.67 - 1.17			1.09	
Sodium	meq/l 135.00 - 145.00			137.60	
Potassium	meq/l			פסול- דם המוליטי, נא לחזור	
Chloride	meq/l 90.00 - 110.00			103.20	
OSM-cal-B	275.00 - 295.00			287.45	
BUN	mg/dl 8.00 - 24.00			21.42	
GFR(Glomerular filtration rate)estimated	ml/min/1.73me2			78	
Hemolysis Index -B		normal		פסול- דם המוליטי, נא לחזור	
Lipemic Index-B		normal		normal	
Icteric Index-B		normal		normal	
נחלי גוף - ביוכימיה					
Glucose	mg/dl 70.00 - 110.00	49.00 ↓			
Protein, total	g/dl 6.60 - 8.30	3.39 ↓			
Albumin	g/dl 3.50 - 5.20	2.13 ↓			

סודי רפואי



מסוף לפקולטה לרפואה בגליל ע"פ עזראלי

שם: האני גאנם	ת"ז: 29774254	מקרה: 11216774	מחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	----------------	--------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס	26/04/26 14:36	26/04/26 14:25	26/04/26 13:53	26/04/26 13:31
LDH	U/l	130.00 - 250.00	566.00 ↑		
Amylase	mg/dl	22.00 - 90.00	32.00		
חלבונים					
C Reactive Protein	mg/l	0 - 5.00		0.92	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום ודיון

עבר צילום רנטגן ללא עדות לנזק גרמי חבלתי טרי
מעבדה:
ללא ליקוציטוזיס, CRP 0

במיון לאחר חיטוי וכיסוי כמקובל תחת תנאים סטרילים בוצע ניקור ברך נוקר CC 15 דם
בוצע חבשיה אלסטית
נשלח למשטח ישיר, ספירת תאים וקרטטלים

משטח ישיר ללא חיידקים
ספירת תאים: WBC 255, PMN 29%
בוצע חבשיה אלסטית

משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות:

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא טמפל
מעקב אורתופד בקופ"ח
פיזיותרפיה בקופ"ח
משככי כאב לפי צורך
PO BREXIN 20MG פעם ביום למשך 7 ימים
PO NEXIUM 20 MG פעם ביום למשך 7 ימים
רגל מורמת
קירור מקומי
מנוחה 7 ימים
בכל החמרה במצב (כאבים, נפיחות, עליית חום יש לפנות לשירות רפואי זמין)
חופשת מחלה: 7 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	X 1 ביום	20 mg	PO	NEXIUM (ESOMEPRazole)
✓				7 ימים	X 1 ביום	20 mg	PO	BREXIN (PIROXICAM)

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר שחאדה אחמד מ.ר. 187096	רופא	26/04/2026 15:42

סודי רפואי



המרכז הרפואי זיו
المركز الطبي زيف
ZIV MEDICAL CENTER

הטונף לפקולטה לרפואה בגליל ע"פ עזריאלי

שם: האני גאנם	ת"ז: 29774254	מקרה: 11216774	מחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	----------------	--------------------

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

הופק על ידי ד"ר שחאדה אחמד 187096

חדש!
במרכז הרפואי זיו

לפרטים ותור מהיר

***9380**

**במסגרת טל הבריאות
לחברי כל קופות**

**טיפול
בתא לחץ**

דל סוכרתית | פצעים קשי ריפוי | נזקי קרינה מאוחרים
איבוד שמיעה פתאומי | זיהומים כרוניים בעצמות



מס מרשם: 183688
תוקף מ: 26/04/2026 עד: 10/05/2026

טלפון סלולרי: 052-3006743



המרכז הרפואי זיו
المركز الطبي زيف
ZIV MEDICAL CENTER

מסונף לפקולטה לרפואה בגליל ע"ש עזריאלי

תלידה: 23/04/1975

מין: זכר

גיל: 51

טלפון: 052-3006743



29774254

גאנץ האני

כתובת: ת.ד. 28 בית ג'ן
מיקוד: 2499000

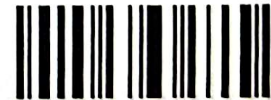
גורם מבטח: מאוחדת

קופה: קופ"ח מאוחדת

TAB BREXIN (PIROXICAM)	20 mg	ביום 1	7 ימים
הוראות לשימוש: 1 X mg 20 PO (אחת) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים			
TAB NEXIUM (ESOMEPRAZOLE)	20 mg	ביום 1	7 ימים
הוראות לשימוש: 1 X mg 20 PO (אחת) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

ד"ר שחאדה אחמד

ד"ר שחאדה אחמד



מ.ר. 187096

תאריך תפוקה: 26/04/2026

זיו מחלקה לרפואה דחופה 04-6828834

הודעה על תאונת דרכים

משטרת ישראל - אגף התנועה
מספר בקשה: 774733



כללי

שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה

האם גילך מעל 18 שנה?

כן ☒

לא ☐

האם היית מעורב בתאונה?

כן ☒

לא ☐

האם אתה/את נהג/נהגת חדש/חדשה?

כן ☐

לא ☒

האם היו נפגעים בתאונה?

כן ☒

לא ☐

ידוע לי כי במילוי ושליחת טופס זה אני מגיש תלונה רשמית על עבירה למשטרת ישראל ויראו את הודעתי זו כאילו נמסרה לשוטרי. אני מודע לחובתי לומר אמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן.
במידה ויחסרו פרטים או מסמכים, הדבר עלול לעכב את הטיפול בדיווח.

☒ קראתי והבנתי וברצוני להמשיך

פרטי מדווח התאונה

פרטי מדווח התאונה

שייכות המעורב לאירוע

נהג

שם משפחה

גאנם

יישוב

בית ג'ן

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒

לא מאשר ☐

שם פרטי

ערביה

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

034452110

דואר אלקטרוני

mhemadga457@gmail.com

מספר בית

2

רחוב

בית ג'ן

טלפון נייד

050-7953823

טלפון בית

050-7953823

☐ קיבלתי טיפול במוסד רפואי

האם ברשותך רישיון נהיגה?

כן ☒

לא ☐

בתוקף עד

26/12/2026

מספר רישיון נהיגה

2165730

האם נכחה משטרה באירוע?

כן ☐

לא ☒

האם רכבך נגרר על ידי המשטרה?

כן ☐

לא ☒

☐ אני נהג רכב ציבורי וברכב בו נהגתי היה נוסע אשר נפגע בתאונה

האם היו מעורבים נוספים בתאונה?

כן ☒

לא ☐

פרטי מעורבים נוספים בתאונה

מעורב בתאונה 1

שתיכות המעורב לאירוע

אחר

שם משפחה

גאנם

יישוב

בית ג'ן

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒

לא מאשר ☐

שם פרטי

האני

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

029774254

דואר אלקטרוני

Hanighanem683@gmail.com

מספר בית

2

רחוב

טלפון נייד

052-3006743

טלפון בית

04-9803861

טופל ב:

שעת הטיפול

12:15

שעת השחרור

15:45

☒ המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי

תאריך קבלת הטיפול הרפואי

26/04/2026

תאריך שחרור

26/04/2026

במידה וברכב היו נפגעים נוספים יש לציין פרטיהם ולצרף תעודות רפואיות.

כלי רכב

הרכב בו נהגת/נסעת

האם מדובר באופניים/ קורקינט?

כן ☐לא ☒

מספר רכב

3009039

סוג לוחית

ישראלית

האם קיים ביטוח חובה לרכב זה?

כן ☒לא ☐לא ידוע ☐

שם חברת הביטוח

we sure

מספר פוליסה

1000023012371602

תאריך סיום הביטוח

30/11/2026

תאריך תחילת הביטוח

16/11/2025

תאריך תשלום הביטוח

16/11/2025

תאור הנזק ברכב בו נהגת/נסעת

אין

האם היו מעורבים בתאונה כלי רכב נוספים?

כן ☐לא ☒

תאור תאונה

תאור תאונה

סוג התאונה

התנגש עם רכב חונה

בשעה

12:30

בתאריך

28/03/2026

במקום מסוג

רחוב

מספר בית

2

רחוב

בית ג'ן

ישוב

בית ג'ן

תאור התאונה

יש לתאר את אופן קרות התאונה, כיוון נסיעת הרכבים המעורבים, האם קיימים תמרורים, רמזורים, מעברי חצייה במקום התאונה, עדים לתאונה, מצב הכביש, תאור מקום התאונה (שם המחלף, ישוב קרוב) וכל מידע רלוונטי נוסף.

תאור התאונה:

אשתי הייתה בקניות באתי לכסא האחורי מאחורי הכסא שלי הנג להוריד את הקניות לא הצלחתי ביקשתי מאשתי להתקדם במקום להתקדם חזרה לאחור ופגעה לי בברך שמל

נזק לרכוש (תאור הנזק שנגרם לרכבך ולכלי רכב האחרים או לתשתית)

אין

מסמכים נלווים

מסמכים נלווים הקשורים לרכב בו היית מעורב בתאונה

צירוף מסמכים

תעודת זהות

KB 2285 IMG_20260428_233646.jpg

רישיון נהיגה

KB 2567 IMG_20260428_233628.jpg

רישיון רכב

KB 2511 IMG_20260428_234046.jpg

תעודת ביטוח חובה לרכב

KB 2945 IMG_20260428_233657.jpg

תעודה רפואית

KB 2458 IMG_20260428_233802.jpg

הערכת נזק

יש לבחור או לגרור קובץ

תמונות נוספות

KB 2458 IMG_20260428_233802.jpg

תמונות נוספות

יש לבחור או לגרור קובץ

תמונות נוספות

יש לבחור או לגרור קובץ

האם הדיווח שמסרת הינו רק לצורכי קבלת אישור על התאונה?

כן ☒לא ☐☒ אני מצהיר/ה כי הפרטים שמולאו נכונים

הסופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.