



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

26 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 20/3/25
הנפגע: יעקב פרייזלר, ת"ז 313243602

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. זימונה 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

313243602

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table><tr><td>מס' זהות / דרכון</td></tr><tr><td>סוג המסמך</td></tr><tr><td>דפים</td></tr></table>	מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	דפים
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 משפחה	שם פרטי	מספר זהות
פרייזלר	יעקב	313243602
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		18051995
נקבה ☐		יום חודש שנה
עיסוק	מספר אישי בצה"ל	מספר זהות
שכיר ☒		313243602
מתנדב ☐		
עצמאי ☐		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
אמרי חיים	21	1
טלפון קווי	טלפון נייד	דירה
	0506789121	8
דואר אלקטרוני:		
@		
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
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, 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	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	20030205
פרטים על הפגיעה	במהלך פעילות לאכיפת תנועה ברחוב ששת הימים בבני ברק, נפגעת מקטנוע בכביש

3

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
טלפון					
משרת ישראל					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
1					
דרך בר לב		ירושלים		יישוב	
19134101				מיקוד	
שומר במשטרת תנועה					
המקצוע ערב הפגיעה:					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל		משמר הכנסת	
שב"ס		משמר אזרחי			
משטרה		אחר			
רחוב/תא דואר		מס' בית		יישוב	
				מיקוד	
טלפון קווי					
טלפון נייד					
מס' פקס					
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 <u>בילנסון בפתח תקווה</u>		
שם בית החולים <u>תקופת אשפוז</u>		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?		
כן, פרט <u>רצ"ב</u>		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח <u>מכבי</u>		
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 בצוואר והגבלה בסיבוב הראש	
כאבים והגבלה בתנועות הגב	רצ"ב תיעוד רפואי
כאבים והגבלה בתנועות כתף וזרוע ימין	
קושי באחיזה ונשיאה	
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, 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 עורך דין אריאל פרייברג	כתובת דרך אבא הלל 7 רמת גן	טלפון 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			
פרייזלר יעקב			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק יהב	סניף תל השומר	132	138824

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 להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינף 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 _____ 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 ביועין 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 שירות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שירות 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 בוודא צ'אט

תאריך _____ 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
20 03 20 25 יום חודש שנה	313243602	11
שם פרטי יעקב	שם משפחה פרייזלר	
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.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26
מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר תב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

תאריך קבלה: 20/03/2025 14:54
מספר קבלה: 2852338201

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אחר

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH	E8149		20/03/2025	✓			

בזמן עבודה תאונת דרכים אופנוע נכנס במטופל

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערות: הולך רגל, נפגע מאופנוע, כאבים בשתי האמות, ללא חבלת ראש

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מטופל בן 29 שוטר בתפקידו
בריא בד"כ

היום בזמן שעבד נסה לעצור אופנוע אשר לא עצר ונכנס במטופל מתאר שהעיף אותו כעת מלין על כאבים אמה ימין ושורש כף יד ימין, מתאר כאבים באיזור הצלעות משמאל

כעת במיון ללא סימני מצוקה
מדדים תקינים

A-שמור
B-כניסת אוויר טובה דו"צ
C-תקין

D-חשד לשבר באמה / שורש כף יד ימין כאבים
E-שפשוף קלים במרפק מימין ושפשוף בבטן שמאלית אמצעית ללא הימאטומה ללא אמפיזמה תת עורית ראש ללא סימני חבלה כלל

צוואר ללא סימני חבלה ללא רגישות במישוש חוליות ע"ש צוארי ללא סימן מדרגה
חזה ללא סימני חבלה כניסת אוויר טובה דו"צ
בטן רכה לא תפוחה ולא רגישה כלל ללא סימני ג"צ פצע בטן שמאלית אמצעית שפשוף קל אגן יציב

יד שמאל מניע ROM שמור אך כאבים בכתף משמאל
יד ימין אמה עם רגישות מתקשה לנייד אותה אצבעות פותח וסוגר
רגליים ללא סימני חבלה למעט שפשופים על הברכיים ROM שמור
נירולוגית ללא חוסרים סיסטורים או מוטורים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

צל"ח תקין ללא חזה אוויר ללא אמפיזימה תת עורית

ת-

CT בטן

אורתופדים

המטופל מציין שקבל טיטאנוס לפני כשנה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
15:40 20/03/2025	36.7	91	145/91	99	3

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	20/03/2025 15:52	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg
Oral				

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' אילח מוטי מ.ר. 178125, מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:11

נושא: אורתופד

דיווח / דיון: בן 29, רקע כמתואר

מלין על כאבים בשורש כף יד שמאל ובברכיים

בבדיקתו

מניע צוואר לכל הכיוונים

עמש - ללא סימני חבלה, ללא רגישות לכל אורכו

כתף שמאל - ללא סימני חבלה, טווחים שמורים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה שמורה RUMA, רדיאלי נמוש, רגישות

דיפוזית אמה ימין, ללא רגישות SNUFFBOX או סקפואיד

גפיים תחתונות - פרקי ירכיים חופשיים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה דיסטלית שמורה

צילום אמה ימין - ללא ממצא גרמי חריף

צילום ברכיים - ללא ממצא גרמי חריף

משוחרר אורתופדיה עם ההמלצות הבאות

#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.

#נגד כאבים לפי הצורך.

#קירור מקומי.

#ביקורת אורתופדית/ת בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.

#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

נרשם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:23

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחק מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

נושא: CT

דיווח / דיון:

הודגם מעט הסננה שומן סביב עורק ה-CELIAC, ללא עדות לדיסקציה או אקסטרוזציה של חומר ניגוד. ליעוץ / מעקב רופא כלי דם.
ללא עדות לממצא מוקדי בפרנכימה הלבב או הרחבה צינור הלבב הראשי.

בהתייעצות עם ד"ר מריס מכלי דם אין משמעות לממצאים בסיטי משוחרר

המלצות

המלצה:

משוחרר אורתופדי עם ההמלצות הבאות
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#קירור מקומי.
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת – לבדיקה רפואית

משוחרר כיורגית עם ההמלצות הבאות-

נגד כאבים לפי מרשם מצורף

מנוחה בבית 5 ימים

בכל החמרה יש לפנות למיון

חופשת מחלה: 5 ימים.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)	Oral	1000 mg	1 X 3 ביום	7 ימים				✓
ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE)	Oral	1 tab	1 X 3 ביום	5 ימים			לפי הצורך	✓

סטטוס מטופל בשחרור

מטופל יציב המודינמית ונשימתית. הבדיקות, הממצאים וההמלצות הוסברו למטופל, רושם שמבין את התהליכים שבוצעו במלרד ואת ההמלצות.

אחות מרכזת טיפול

אחות: בן ציון גלית מ.ר. 223690

רופא אחראי

רופא: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

חתימה:

נחתם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26
חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רשיון:
דר' עתאמנה עומר	170642

חתימה דיגיטלית:

סרקו את הקוד על מנת לצפות בבדיקות ובמכתבי השחרור



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29



035600

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 427285121

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מ.י.נ: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

ממצאים: בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST
שלילי, מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה.
מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות
לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

**סיבת ההפניה: טיפול בכאבים בצוואר + טיפול בכאבי גב
נא לקבל לטיפול בהקדם האפשרי!**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 23/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/03/2025

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים
מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0322081159



035600

קוד הפניה: 427284436

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

0313243602

הפניה למכון דימות - C.T

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 22/12/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

אורח
ד"ר קוזנצוב איגור
מ.ר. גורם מפנה
27/03/2025

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0322081159



035600

קוד הפניה: 427284436

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

ממצאים:

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי,
מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה.
מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה,
רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

בעיות ידועות:

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

מעש/ת: לא

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

שאלה לרדיולוג:

נזק דיסקופטי בע"ש
שבר בשורש כף יד ימין?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
19/12/2024	3 חודשים	1.2	Creatinine (B)
19/12/2024	3 חודשים	81	eGFR

שם הרופא: ד"ר קוזנצוב איגור

תאריך: 27/03/2025

מכון CT

הנדון: פרייזלר, אברהם יעקב, ת.ז: 313243602 תאריך לידה: 18/05/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 11/05/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים והאונקו-ורטברליים הודגמו שמורים לאורך ע"ש צווארי.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה C2-C3, C3-C4.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה C4-C5, C5-C6, C6-C7.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש צווארי.

=====

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש גבי ומותני

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים הודגמו שמורים לאורך עמוד שדרה גבי.
המפרקים הסקרואליאקליים הודגמו שמורים.
אין עדות לבקעים דיסקליים לאורך עמוד שדרה גבי.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך עמוד שדרה גבי.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך עמוד שדרה מותני.

=====

להלן ממצאי בדיקת CT כף יד ימין

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הודגם קו שבר עם פרגמנט קטן בחלק הדיסטלי של העצם הפיזיפורמית.
שאר המבנה הגרמי שמור.
המפרקים הודגמו שמורים.
אין עדות לדיסלוקציה.
הרקמות הרכות ללא סטיות.

גיל: 29.11

שם רופא/ה: ד"ר קוזנצוב איגור

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

13677578

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי, כוח גס שמור, תחושה שמורה.

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צווארי + מותני + קו שבר בעצם פיזיפורמיס בשורש כף יד ימין

מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ROAD ACCIDENT			
CERVICALGIA			
BACK PAIN			
FRACTURE WRIST CLOSED	Rt		
HERNIATED DISC CERVICAL SPINE			
HERNIATED DISC LUMBAE SPINE			
fr of pisiform. bone rt wrist			

הערות	בדיקות/הפניות
11/11/2025 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: אורתופדיה - יד

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

15.05.2025
10:11:23
ד"ר קוזנצוב איגור
רשום

סיכום ביקור:

מרפאה : טרם איכילוב
מספר ביקור : 1262034
מספר תיק : 94442
תאריך : 03/06/2025
מספר זהות: 313243602
שם : אברהם יעקב פרייזלר
גיל: 30.066

תלונה: כאבי גב

התקבל בשעה: 15:57:00

השתחרר בשעה: 17:10:11

רופאים: דר. חגית יחיא מ

סוג שחרור: נשלח/ה הביתה, המשך טיפול ובדיקות בקופ"ח

אבחנה:

(Pulse: 88, TempC: 36.6, O2sat: 99, BP: 134/75) (other vitals may be on scanned chart)

הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בן 30, בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע

לפני כ-3 חודשים עבר תאונת דרכים בתור הולך רגל נפגע מאופנוע, מאז מתלונן על כאבי גב תחתון, עובר

פיזיותרפיה

היום במהלך העבודה התחיל להרגיש כאבי גב תחתון לאחר שהרים חפץ כבד, ללא סיפור של נפילה או חבלה,

ללא חום, ללא תלונות אורינוריות, ללא תלונות נוספות

===

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב, בהכרה מלאה, נינוח נשימתית, יציב המודינמית

רגישות פרספינלית מימין בגב תחתונה, ללא נפיחות, ללא המטומה, טווח תנועה תקין

כח גס ותחושה ברגליים שמורים

SLR שלילי דו"צ

הליכה תקינה

===

מהלך ודיון:

בצילום מרונחים בין-חולייתיים תקינים, מבנה גרמי שמור

קיבל זריקת וולטרן

משתחרר עם המלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

מעקב אורטופד

משככי כאבים לפי הצורך

מנוחה

בכל החמרה לפנות לטיפול

Diagnosis: Lumbago

Followups: רופא מטפל in 3 days

Prescriptions provided:

(0) Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY
FOR 5 (Five) DAYS #10 (Ten) tablet

Tests/Treatments Ordered:

* Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg

צילומים:

1. קוד צילום: 93304549

סוג צילום: עמוד שדרה מותני

אבחנת צילום:

מבנה גרמי שמור

לא הודגם שבר

עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתיים שמורים

חתום על ידי דר. עמאד חשיבון בתאריך 03/06/2025

פוענח על ידי: דר. עמאד ח'שיבון

מספר רשיון: 153526

לצפות בגליון הרפואי המלא ובצילומים היכנס ל

www.teremi.com

והכנס את הקודים המופיעים בדף זה

תאריך: 15/05/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



035600



קוד הפניה: 434560398

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313243602

שם פרטי: יעקב

שם משפחה: פרייזלר

טל.עבודה/נייד: 0506789121

038074890

טלפון:

מין: ז

18/05/1995

ת.לידה:



0313243602

אמרי חיים 21/008, בני ברק

כתובת:

מיקוד 5164274

התייעצות מומחה

תחום שירות:

אורתופדיה - יד

- במכבי

תלונות:

בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + ימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן

LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי,

כוח גס שמור, תחושה שמורה.

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות

לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צווארי + מותני + קו שבר בעצם פיזפורמיס בשורש כף יד ימין
מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HERNIATED DISC CERVICAL SPINE
- BACK PAIN
- HERNIATED DISC LUMBAE SPINE
- FRACTURE WRIST CLOSED Right
- fr of pisiform. bone rt wrist

מעשנת: לא

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות להמשך טיפול

תאריך: 15/05/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



035600



קוד הפניה: 434560398

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313243602

שם פרטי: יעקב

שם משפחה: פרייזלר

טל.עבודה/נייד: 0506789121

טלפון: 038074890

מין: ז

18/05/1995

ת.לידה:

מיקוד 5164274

אמרי חיים 21/008, בני ברק

כתובת:



0313243602

התייעצות מומחה

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/05/2025 עד תאריך - 11/11/2025

15/05/2025

תאריך

חתימה וחותמת

הפניה

סוג ייעוץ: רגיל
 גורם מפנה: רופא מכבי
 שם רופא מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
 התמחות: כירורגיה אורתופדית
 אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HERNIATED DISC CERVICAL SPINE
- BACK PAIN
- HERNIATED DISC LUMBAE SPINE
- FRACTURE WRIST CLOSED Right
- fr of pisiform. bone rt wrist

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
 חבלה, ת"ד ב-20.03.25
 לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
 נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
 בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים +
 שכמות,
 רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
 הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
 רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף
 + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי,
 כוח גס שמור, תחושה שמורה

הודפס בתאריך: 17/12/2025 10:27
 הודפס ע"י: דניאלי עטרה

דף 29

הדפסת תיק מטופל
 פרייזלר יעקב; ת.ז.: 313243602; גיל: 30.6

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צוואר + גבי + מותני
 נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי -
 משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה. מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23
 בדיקת CT בקע דיסקים, בע"ש צוואר + מותני + קו שבץ נטעם פיזיותרמיס בשורש כף יד
 ימין
 מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות להמשך טיפול

מכון MRI

הנדון: פרייזלר, אברהם יעקב, ת.ז: 313243602 תאריך לידה: 18/05/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 17/10/2025

להלן ממצאי בדיקת MRI של שורש כף יד ימין

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T1 כולל דיכוי שומן, STIR, T2 במישורים השונים ללא הזרקת גדוליניום.

סיבת הפניה: בירור כאבים לאחר אירוע חבלתי. חשד לנזק של TFC, ECU, DRUJ.

ממצאים:

מבנה גרמי: אותות תקינים ממח העצמות ללא עדות לשברים, בצקות או אוסטאונקרוזיס.

המשטחים הפרקיים מודגמים שמורים.

מפרק DRUJ מודגם שמור, ללא עודף נוזל תוך מפרקי.

ה TFC – שמור.

מודגם קרע אלכסוני חלקי באספקט דורזלי ובאספקט ממברנטי של רצועה סקאפולונטית עם יצירת ציסטה גנגליונית בגודל כ-

13 מ"מ במישור חיצוני פנימי ו- 4 מ"מ במישור קרניו-קאודלי סמוך לאספקט דורזלי של מיטת הקרע (לדוגמה סדרה 801

חתכים 48, 49, 50 וסדרה 901a חתך 12). אין לראות הרחבה של מרווח סאקפולונטי.

רצועה לונטריקוטרלית מודגמת תקינה.

מודגמים עיבוי קל ואות חריג לינארי בין הסיבים של גיד ECU בגובה של זיז סטילואידלי של עצם ULNA (לדוגמה סדרה

901a חתך 25 וסדרה 301a חתך 23), הממצא תומך בקרע חלקי אינטרסטיציאלי. הגיד נאחז באופן תקין אל בסיס MC5. אין

לראות עודף נוזל במעטפת הגיד.

שאר הגידים המישרים והגידים המכופפים מודגמים שמורים.

שוניות: מבנה התעלה הקרפלית והאולנרית הודגמו שמורים.

סיכום:

1. קרע חלקי של גיד ECU.

2. קרע חלקי של רצועת סקאפולונטית עם יצירת ציסטה גנגליונית דורזלית בסמוך.

בברכה,
ד"ר גוטמן ולדימיר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 34827

הוקלד על ידי: חן ויגדור
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא
המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

יעדי פיזיותרפיה:

מטרת	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנטיעה באופנוע			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	!	
GROUP STATION	כללי	20		!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	!	
GROUP STATION	כללי	20		!	
ביקור רגיל				!	

I 1591603

28/09/2025 12:35:06

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 3	מס' ביקור: 26	תחילת הטיפול: 02/04/2025	תאריך עדכון: 30/11/2025
שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן	שם מכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה	מצב הסדרה: פתוחה	התמחות: אורתופדיה
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית	גורם משלם: 6 תאונת עבודה	הפנית רופא מכבי	גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
תאריך ההפנייה: 27/03/2025	אבחנת רופא:		

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROAD ACCIDENT
			CERVICALGIA
			BACK PAIN
			CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	02/04/2025	CONTUSION NECK FACE OR SCALP
כן	02/04/2025	CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

מס' טיפולים שבוצעו: 53

מס' ביקורים שבוצעו: 26



טלפון: 03-8750333

פקס: 0732284921

כתובת: אורה 4, רמת גן (רח' אורה 4 פינת אלכסנדר 7, רמת גן)

ד"ר פעיל יעקב

כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה בכירורגיה של היד

מומחה בכירורגיה אורתופדית

פרטי הבדק:

ת.ז. 313243602

שם פרטי: יעקב

שם משפחה: פריזלר

טל. עבודה/נייד: 0506789121

טלפון: 038074890

מין: ז

ת.לדה: 18/05/1995



מיקוד 5164274

כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק

0313243602

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר קונסטב איגור

בבדיקה שנעשתה ב: 05/11/2025

עקב: ת.ד. כרוכב אופנוע 20/3/25 - נפגע בשכי ימין אולגריי.
נבדק במין בלינסן

ממצאים: שכי ימין: הגבלה בעיקר סופימציה. פיאנו מכאיב. רגישות DRUJ רגישות TFCC. ה- ECU יציב?
צלומים 17.7: ימין במפ בולט.

משמאל: שבר ישן לא מחובר עם תזוזה סטילואיד אולגריי. שבר מחובר בזווית של בסיס מסרק 1.
MR1 17.10 - פעמח: TFCC שלם. קרע אינטרסטיציאלי ECU. הגיד בתעלתו. קרע חלקי SL.
מעין צילומים - להערכתי אי סדירות וקרע פריפר TFCC. ה- DRUJ תקין. ECU המשכי ובתעלה.
הוצע ארתרוסקופיה אבחנתית/טיפולית בהתאם לממצא הניתוחי.

אבחנות:

• CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)
RT 3.25

סיכום והמלצות:

05/11/2025

תאריך

ד"ר יעקב פריזלר
מומחה בכירורגיה של היד
מומחה בכירורגיה אורתופדית
10482
13471

תשובת היועץ

תאריך רישום: 05/11/2025

תאריך ההפניה: 15/05/2025

שם יועץ: ד"ר פעילן יעקב

תאריך ייעוץ: 05/11/2025

תחום: כירורגיה של היד

תלונות החולה:

ת.ד. כרוכב אופנוע 20/3/25 - נפגע בשכי ימין אולנרית.
נבדק במיון בלינסון

ממצאים:

שכי ימין: הגבלה בעיקר סופינציה. פיאנו מכאיב. רגישות DRUJ רגישות TFCC. ה- ECU יציב ?
צילומים 17.7: ימין במפ בולט:
משמאל: שבר ישן לא מחובר עם תזוזה סטילואיד אולנרי. שבר מחובר בזוית של בסיס מסרק 1.
MRI 17.10 - פענות: TFCC שלם. קרע אינטרסטיציאלי ECU. הגיד בתעלתו. קרע חלקי SL.
מעיון בצילומים - להערכתי איסדירות וקרע פריפרי TFCC. ה- DRUJ תקין. ECU המשכי ובתעלה.
הוצע ארתרוסקופיה אבחנתית/טיפולית בהתאם לממצא הניתוחי.

אבחנה משוערת:

• CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS):
RT 3.25

סיכום והמלצות:

תאריך: 30/11/2025

מ.ר. גורם מפנה



124597

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

לזר יהונתן

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313

כתובת: פתח תקוה (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313243602

שם פרטי: יעקב

שם משפחה: פרייזלר

טל.עבודה/נייד: 0506789121

038074890

טלפון:

מין: ז

18/05/1995

ת.לידה:

מיקוד 5164274

אמרי חיים 21/008, בני ברק

כתובת:



0313243602

סיכום טיפול פיזיותרפיה

30/11/2025

תאריך הפקד:

313243602

ת"ז:

פרייזלר יעקב

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

ROAD ACCIDENT •

CERVICALGIA •

BACK PAIN •

(CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנסיעה באופנוע			02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025

טופל החל מ- 02/04/2025

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

GROUP STATION
THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES
EDU SELF EXERCISE

סה"כ 26 ביקורים

הערות:

סיכום בניין:
לאחר 8 חו' של שיקום. חל שיפור ברוב הפרמטרים. פחות מוגבל מאשר ההתחלה. עדיין ניכרת מגבלה בתפקוד יומיומי- מבחינת יד ימין. טווחים מלאים, אך ישנו קושי בנהיגה על אופנוע - וכן בתפקוד בסיסי בבית - כגון בשימוש במברג מתחיל כאב במפרק. מבחינת גב - אזור השכמות עדיין כאוב, מרגיש תפוס שם. לאחר ישיבה ממושכת מרגיש כאב לאורך עמ"ש. כתף ימין- קושי בלבישת מעיל בהכנסה של היד, כאב קל ומגבלה של כתף ימין בטווחים מעל גובה הראש.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן

יהונתן לזר
פיזיותרפיה
מ.ר. 1597-10
מרחב בני ברק

חתימה

הפניה

סוג ייעוץ: רגיל
תאריך הפניה: 15/05/2025
סוג הפניה: התייעצות מומחה
גורם מפנה: רופא מכבי
שם רופא מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
התמחות: כירורגיה אורתופדית
אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HERNIATED DISC CERVICAL SPINE
- BACK PAIN
- HERNIATED DISC LUMBAE SPINE
- FRACTURE WRIST CLOSED Right
- fr of pisifom. bone rt wrist

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים +
שכמות,
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף
+ יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה.

הודפס בתאריך: 17/12/2025 10:27
הודפס ע"י: דניאלי עטרה

דף 29

הדפסת תיק מטופל
פרייזלר יעקב; ת.ז.: 313243602; גיל: 30.6

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צוואר + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי -
משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה. מעקב רופא משפחה
בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23
בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צוואר + מותני + קו שבץ נעצם פיזיפורמיס בשורש כף יד
ימין
מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.
מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות להמשך טיפול

הסטוריה:

20.3.25 בעת מילוי תפקידו כשוטר נפגע במהירות ע"י רוכב אופנוע. פונה למיון 0 בבלינסון -ללא ממצא גרמי. נחבל בשכ"י ימין וכן בשכמות וצוואר . ללא רקע נוסף- .

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

מגבלה וכאב בהזזת הצוואר. וכן מגבלה קלה בכתף ימין בלבישת מעיל. כמו כן מתעררר בלילה מהכאב בשכי חלק אולגרי

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

זלדיאר וברקסין

לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי -

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף

+ יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי,

כוח גס שמור, תחושה שמורה,

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי -

משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צווארי + מותני + קו שבר בעצם פיזיפורמיס בשורש כף יד

ימין

מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו: מעקב רופא משפחה:

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ROAD ACCIDENT			
CERVICALGIA			
BACK PAIN			
FRACTURE WRIST CLOSED	Rt		
HERNIATED DISC CERVICAL SPINE			
HERNIATED DISC LUMBAE SPINE			
fr of pisiform bone rt wrist			

הערה	בדיקות/הפניות
11/11/2025 עד - בתוקף	התייעצות מומחה: אורתופדיה - יד

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מס' ביקורים שבוצעו: 26

מס' טיפולים שבוצעו: 53

פרטי ביקור

מס' ביקור: 14

שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 10/08/2025

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

שם המכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנטיעה באופנוע			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025

הערות טיפול קודם: מרגיש שיפור מסויים ביחס להתחלה.

מרגיש מוגבל ביד ימין- בעיקר בסוף יום. קושי לעבוד איתה..כמו כן קושי

בהרמת דברים כבדים.

בבוקר הגב מגביל.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	משולש קוברה	!	
EDU SELF EXERCISE	כללי	5	יד ורגל נגדי	!	EDU EXERCISE SHEET WMO DIARY
EVALUATION REASSESSMENT	כללי	5		!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	משולש קוברה	!	
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	כללי	20	יד ורגל נגדי	!	
ביקור רגיל				!	

! 1591603

17/08/2025 11:20:09

גליון ביקור-פיזיו

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנטיעה באופנוע			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורטופדית	02/04/2025

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	!	
GROUP STATION	כללי	20		!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	!	
GROUP STATION	כללי	20		!	
ביקור רגיל				!	

1591603 I

28/09/2025 12:35:06

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 3	מס' ביקור: 26	תחילת הטיפול: 02/04/2025	תאריך עדכון: 30/11/2025
שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן	שם מכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה	מצב הסדרה: פתוחה	התמחות: אורתופדיה
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית	גורם משלם: 6 תאונת עבודה	הפנית רופא מכבי	גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
תאריך ההפנייה: 27/03/2025	אבחנת רופא:	אבחנת פיזיותרפיסט:	

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROAD ACCIDENT
			CERVICALGIA
			BACK PAIN
			CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	02/04/2025	CONTUSION NECK FACE OR SCALP
כן	02/04/2025	CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

מס' ביקורים שבוצעו: 26 מס' טיפולים שבוצעו: 53

תשובת היועץ

תאריך רישום: 05/11/2025	תאריך ההפניה: 15/05/2025	
שם יועץ: ד"ר פעילן יעקב	תאריך ייעוץ: 05/11/2025	
תחום: כירורגיה של היד		
תלונות החולה:	ת.ד. כרוכב אופנוע 20/3/25 - נפגע בשכי ימין אולנרית. נבדק במיון בילינסון	
ממצאים:	שכי ימין: הגבלה בעיקר סופינציה. פיאנו מכאיב. רגישות DRUJ רגישות TFCC. ה- ECU יציב ? צילומים 17.7: ימין במפ-בולט: משמאל: שבר ישן לא מחובר עם תזוזה סטילואיד אולנרי. שבר מחובר בזוית של בסיס מסרק 1. MRI 17.10 - פענוח: TFCC שלם. קרע אינטרסטיציאלי ECU. הגיד בתעלתו. קרע חלקי SL. מעיון בצילומים - להערכתי אי סדירות וקרע פריפרי TFCC. ה- DRUJ תקין. ECU המשכי ובתעלה. הוצע ארתרוסקופיה אבחנתית/טיפולית בהתאם לממצא הניתוחי.	
אבחנה משוערת:	• CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) RT 3.25	
סיכום והמלצות:		