



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

16 אוגוסט 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 13/03/2026
הנפגע: אלון דהן, ת"ז 038459475
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ד"ר	אלון	038459475	שם האב
פיקמן	69/23	חולון	תעודת זהות	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 16.8.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ אלון דהן
ת.ז. מס' _____ 038459475, מרחוב _____ פיכמן 69/23 חולון, _____
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, לפטור 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 16 לחודש 8 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פריברג, עו"ד
62254
עמדת

עמוד 1 מתוך 8

038459475

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
אלון	דהן	038459475
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
035565216	0506275780	Alon.Dahan @ police.gov.il

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
שם זכאי	שם זכאי	040864613
☐ 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
רחוב ביכמן	23		69	מחלון	

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אגא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
משלוח ישראלי	נציג משלוח ישראלי
רחוב / תא דואר	מס' בית
	כניסה
	דירה
	ישוב
	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס
	0506275780	

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	משטרת ישראל	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		ישוב
		מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

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)
כתף שמאל וצלעות	שבר בצלע ובכתף	צוות מד"א
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2026 חודש 02 יום 13	יום 07 שעה 00	איכילוב- תל אביב
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 שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה
רצ"ב תיעוד רפואי		
אסוף הרווא - אורטופדיה		

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

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך: 16 06 2026 יום חודש שנה
 מתאריך: 13 03 2026 יום חודש שנה

עד שעה

משעה

עד תאריך

יום חודש שנה

שנה חודש יום

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד שעה

משעה

--	--	--	--	--

עד תאריך

שנה	חודש	יום

מתאריך

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 16/06/26 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: לפני הפגיעה

☐ 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 **x** _____

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

שם הבנק זיסק"ט שם הסניף / כתובתו פינת גילון 13 חולון מס' סניף 103 מספר חשבון 274321

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

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת 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 וצרפותיו עלי למסור מידע שימשש 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 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 30/07/26 חתימת התובע [חתימה]

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות 0 קרבה לתובע _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני: _____@_____

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

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

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: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:
--------------------	--	----------------	------------------------

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש	יומי	חודשי	סכום	לתקופה	
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			
חודש	☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ 10/01/26 ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ שם ותפקיד החותם _____ תאריך _____ 16/8/26

חתימת המעסיק _____

רחל הראל, סג"צ
ק"א מ"ש אג"מ

3

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

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

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

(שם הקרן) _____

יחי אלה אמצארי ושל
אנא אצלך

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 _____

חתימה וחותמת
רמל הראל, סנ"צ
ק' אמ"ש אג"מ

תאריך: 10/8/20 תפקיד החותם: קצין אג"מ שם החותם: רמל הראל חתימה וחותמת

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(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	038459475	שנה חודש יום 2 0 6 1 3 0 6 2 0 2 6
שם משפחה	שם פרטי	
דהן	אלון	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2 הצהרה

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

תאריך 30/07/2026 חתימת המבוטח * _____

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 036925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 113608/2026
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק טז
תאריך 17/03/2026, כ"ח אדר תשפ"ו, 10:27
נושא המסמך אישור

לכל המעוניין

תאריך התאונה 13/03/2026 בשעה 06:38

מקום התאונה

כביש מס 20 עם כביש מס 44 בכביש בין עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4154226	מונית	טויוטה יפן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הראל	318031098606	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	56155104	כורש בנימין	25/11/1959	בית דגן התפוז 18 כניסה ב מיקוד 5020000		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
18024	פרטי נוסעים	קיה קוריאה



חברת ביטוח

ענבל

מספר פוליסה

ענבל

סוג לוחית

משטרתית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	38459475	דהן אלון	09/03/1976	חולון פיכמן 23 דירה 69 מיקוד 5838700	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
1	בחקירה	15/03/2026

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
73871733	מודזגביראשוילי	רפי

פרטי השוטר המוסר



מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה
1128362	כפיר	נסים	רסב

תפקיד

מקום שרות

חוקרבוחר תנועה תאונות דרכים	יחידת בוחנים מחוז תא
-----------------------------	----------------------

חתימה

17/03/2026 10:27

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: דהן	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 38459475
תאריך לידה: 09/03/1976	גיל: 50	טלפון: 050-6275780
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: פיימן 23 חולון חולון 5838725

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 13/03/2026 07:14 מספר מקרה: 13672717

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

נבדק ע"י דר' דרניצקי יובל
בן 50, נהג רכב. תאונה מול רכב אחר, לפי דיווח מד"א היה לכוד באוטו. הובא עם צווארון.
A: מדבר ללא הפרשות בחלל הפה
B: כניסת אויר מעט ירודה משמאל, סטורציה 94 בא"ח
C: דופק 70, לח"ד 126/66, דופק פריפרי נימוש ב 4 גפיים
D: עירני, GCS 15, מניע 4 גפיים, אישונים שווים ומגיבים
E: ללא חבלות מסכנות חיים

FAST שלילי

צל"ח ללא המו/פנאומותרקס
צילום אגן- טבעת שלמה

בגזים- BE +2.5, לקטט 1.9
יצא לTBCT

נבדקה ע"י ד"ר ריטר עמרי

ב סיטי שבר צלע 3 משמאל

בבדיקה כעת כאבים בהנעת כתף שמאל עם בליטה סביב ACJ עם דיסמטריה של רקמה רכה - רושם לפריקת ACJ בצילום

בבדיקת אורתופדים ד"ר חוג'ריאת מוניר וד"ר ליעד בר חוה

בן 50 שוטר במקצועו

יד ימין דומיננטית

ביום קבלתו ביצע תאונת דרכים

נחבל באזור כתף וצלעות שמאל

מציין שנשא משקל לאחר התאונה .

בבדיקה

כתף שמאל ללא דפרומציה גסה , הרמה קלה של של העור באזור ACJ ללא סבל עורי

רגישות על פני ACJ

שם: אלון דהן	ת"ז: 38459475	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	--------	----------------------------

ללא רגישות על פני ACJ , קלויקולה
 ללא רגישות על פני GT
 שמור מוטורית ותחושתית בפיזור ARUMM
 דופק רדיאלי נימוש .

צילום כתף שמאל פריקת ACJ ROCKWOOD2

במיון הושם במתלה

המלצות
 #ד במתלה - לא להוריד עד ביקורת
 #ביקורת אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע
 #להקפיד על הפעלת מרפק שורש כף יד ואצבעות
 #שיכוך כאבים לפי הצורך
 #בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקה רפואית

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF RIB(S)	807.00			✓			

רגישות לתרופות

שם התרופה
 ARCOCIA TAB 120 mg
 תאריך רישום
 13/03/2026

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה
08:11 13/03/2026		72	3	100
07:37 13/03/2026	126 / 66			

מטופל מונשם

תאריך ושעה	סטורציה
08:11 13/03/2026	100

מדדים טריאז

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה
08:11 13/03/2026		72	3	100
07:37 13/03/2026	126 / 66			

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
13:16 13/03/2026	השגחה, לשחרור
13:15 13/03/2026	השגחה, פריקת ACJ

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה
08:11 13/03/2026		72	100
07:37 13/03/2026	126 / 66		

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב	סטורציה
08:11 13/03/2026	3	100

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg	Once	09:13 13/03/2026 סנדלר אחר או	mg I.V 100 mg I.V 10
PERCOCET 10mg/325mg TAB 10 mg	Once	10:55 13/03/2026 סנדלר אחר או	TAB 10 mg P.O

סיכום ממצאים

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT ראש צואר	13/03/2026	תאריך הפענוח: 13.03.2026 שעת הפענוח: 09:11:02 גרסת מסמך: 02 תשובה: סופית פרטים קליניים: בן 50, תאונת דרכים, היה כלאו ברכב. טכניקה: הראש ועמוד השדרה הצווארי נסרקו ללא הזרקות חומר ניגוד. ללא בדיקות להשוואה. ראש ----- ללא עדות לדימום תוך גולגולתי חריף, שבר או ממצא מוקדי. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. מעבר קרניוצרויקלי שמור. חדרי המוח וחללי ה-CSF תקינים ברוחבם. ארובות העיניים שמורות דו"צ. עיבוי רירית קל בסינוסים המקסילריים. עיבוי רירית קל בסינוסים הפרונטליים. תאי המסטואיד מאווררים. סיכום: ללא עדות לדימום תוך גולגולתי, ללא סימני לחץ, ללא שבר. עמוד שדרה צווארי ----- יישור של הלורדוזיס הצווארי- תנחת. המפרק האטלנטו-אוקסיפיטלי והאטלנטו-אקסיאלי בעמדה תקינה. Dens ללא סטייה. גופי החוליות בגובה תקין. ללא עדות לשבר טרי או דיסלוקציה. הרקמות הרכות הפארא-ורטברליות במראה תקין ללא תפיחות. שינויים ספונדילוליים בעמוד שדרה צווארי, היפרטרופיה אונקו-ורטברלית עם היצרות קשה של הנוירופורמינה מימין בגובה C4 5, היצרות בינונית של נוירופורמינה משמאל בגובה C3 4. פרט לכך אין היצרות מהותית של התעלה או הנקבים. סיכום: ללא עדות לשבר או דיסלוקציה של חוליות עמוד השדרה הצווארי. ממצאים נמסרו לד"ר דרניצקי כירורג. ----- דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה. ----- ד"ר ליזרוביץ נועה מספר רשיון: 167656, ד"ר סירוטה כהן חן מספר רשיון: 37970
חזה בטן אגן CT	13/03/2026	תאריך הפענוח: 13.03.2026 שעת הפענוח: 09:05:46 גרסת מסמך: 02 תשובה: סופית פרטים קליניים: בן 50 נהג רכב מול רכב. לדברי מדא קינימטיקה קשה, חולץ על ידי כיבוי אש, בקבלתו בהכרה מלאה, מתלון על כאבים בצד בכל צד שמאל. הופעל נוהל טראומה. טכניקה: החזה, הבטן והאגן נסרקו לאחר הזרקות חומר ניגוד תוך ורידי בפרוטוקול טראומה. בוצעה סריקה אנגיוגרפית של החזה והבטן העליונה ולאחר מכן סריקה בשלב הפורטלי של הבטן והאגן. ללא בדיקות קודמות להשוואה. ממצאים: חזה: ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הריאות. כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין. הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקורדיאלי. ללא חזה אור. ללא תפליט פלאורלי. פרנכימת הריאות ללא תסנין. נודול בקוטר 4 מ"מ בפסגת ריאה ימין (11-117) ובקוטר 2 מ"מ בבסיס ריאה שמאל (11-266). בטן: הכבד תקין בגודל ובמרקם. תהליך היפודנסי בכיפת הכבד מודד 1.2 1.9 ס"מ לא מוגדר היטב, ספק האדרה קלה בשלב פורטלי, ייתכן המנגיומה. תהליך נוסף דומה מוארך בסגמנט 3 מודד 1.1 2 ס"מ יכול עם האדרה היקפית קלה, תהליך דומה בקוטר 1.7 ס"מ בסגמנט 6, יכולים להתאים להמנגיומות. הורידים הפורטליים פתוחים וברוחב תקין. ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות. כיס המרה ללא ממצא חריג. הבלבב תקין ברוחבו ומבנהו, ללא הרחבת צינור הבלבב. הטחול תקין בגודלו, ללא ממצא מוקדי. האדרנלים ללא ממצא חריג. הכליות בגודל ומיקום תקינים, מרכזות חומר ניגוד באופן סימטרי. ללא הידרונפרוזיס. השופכנים תקינים. הרטרופריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה. האאורטה הבטנית אינה מורחבת. הסננת שומן קלה בהיקף ציר הצליאק, ממצא שאינו ספציפי. סעיפים לאורך הקולון, ללא עדות לדלקת חריפה. יתר פיתולי המעי ללא ממצא חריג. ללא נזל או אור חופשי. שלפוחית השתן ללא ממצא חריג. אברי האגן האחרים ללא ממצא חריג. מבנה

שם: אלון דהן	ת"ז: 38459475	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	--------	----------------------------

גרמי - מוקד היפודנסי עם היקף סקלרוטי בצלע 6 מימין. ממצא דומה גם בעצם האיליאק מימין בקוטר 1.8 ס"מ (3-150). ללא עדות לתהליך הורס עצם. בקעים מפשעתיים דו"צ מכילים שומן. לסיכום: ללא עדות לממצא חבלתי חריף בבטן ובאגן. שבר עדין וללא תזוזה באספקט לטרלי של צלע 3 משמאל (ראה תמונת מפתח). יתר הממצאים כמפורט. ממצא חריג, תוספת- מודגם שבר עדין בצלע 3 משמאל שלא נכתב בפענוח ראשוני, לא נצפו שברים נוספים. -----

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. -----

ד"ר אבו עמארה יוסרא מספר רשיון: 184448, ד"ר כץ יובל מספר רשיון: 143852

המלצות כלליות

המלצה: המלצות

- #ד במתלה - לא להוריד עד ביקורת
- #ביקורת אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע
- #להקפיד על הפעלת מרפק שורש כף יד ואצבעות
- #שיכון כאבים לפי הצורך
- #בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקה רפואית

חופשת מחלה: 3 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				5 ימים	X 3 ביום	1000 mg	P.O	OPTALGIN (DIPYRONE)
✓				5 ימים	X 3 ביום	1000 mg	P.O	ACAMOL CPL 500 mg (PARACETAMOL)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפולין

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס		13/03/26 07:38	13/03/26 07:25
תפקודי קרישה				
PT, Sec - blood	Sec	9.60 - 12.30	11.60	
PT, INR		0.89 - 1.16	1.05	
PTT	Sec	23.00 - 33.00	24.30	
Fibrinogen	mg/dL	190.00 - 470.00	270.10	
ספירת דם				
RBC	10e6/ μ L	4.3 - 5.8	5.7	
Hemoglobin	g/dL	13.2 - 17.0	15.7	
HCT	%	39 - 49	47	
MCV	fL	80.0 - 96.0	81.7	
MCH	pg	26.0 - 34.0	27.4	
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	33.5	

שם: אלון דהן	ת"ז: 38459475	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	--------	----------------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס		13/03/26 07:38	13/03/26 07:25
RDW	%	0.0 - 15.0	14.2	
NRBC/100 WBC	%		0.1	
WBC	10e3/ μ L	4.0 - 11.0	8.3	
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	64.9	
Neutrophils No.	10e3/ μ L	1.4 - 6.0	5.4	
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	24.6	
Lymphocytes No	10e3/ μ L	1.2 - 3.0	2.0	
Mono%	%	2.0 - 13.0	7.7	
Monocytes No.	10e3/ μ L	0.0 - 1.3	0.6	
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	2.0	
Eosinophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.4	0.2	
Basophils%	%	0.0 - 1.9	0.8	
Basophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.2	0.1	
Platelet, automated count	10e3/ μ L	150 - 450	326	
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	7.9	
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			2.7	
כימיה בדם				
Ethanol - blood	mg/dL	10.0 - 30.0	10.1>	
Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	118 ↑	
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	14	
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	141.2	
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5.30	4.03	
Chloride - blood	mmol/L	95 - 110	104	
Creatinine	mg/dL	0.50 - 1.20	1.02	
Creatine kinase (CK), (CPK) - blood	U/L	46 - 190	124	
Bilirubin, total - blood	mg/dL	0.10 - 1.20	0.49	
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood	U/L	10 - 35	35	
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	U/L	10 - 71	40	
CRP (WIDE RANGE)	mg/L	0.00 - 5.00	2.40	
Lipase - blood	U/L	13 - 60	29	
eGFR	ml/min/1.73m	60 - 200	85	
גזים בדם				
pH - venous blood		7.320 - 7.420		7.397
pCO2 - venous blood	mmHg	38.0 - 52.0		50.7
Base excess/deficit - venous blood	mmol/L	-3.0 - 3.0		6.3 ↑
pO2 - venous blood		28.0 - 48.0		31.8
HCO3 (Bicarbonate) - venous blood	mmol/L	19.0 - 25.0		31.2 ↑
tCO2- - venous blood	mmol/L	23.0 - 28.0		61.3 ↑
Saturaion O2 - venous blood	%	70 - 75		62 ↓

שם: אלון דהן	ת"ז: 38459475	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	--------	----------------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס	13/03/26 07:38	13/03/26 07:25
Carboxyhemoglobin -venous blood	% 0.0 - 2.0		1.9
Methemoglobin, quantitative - venous blood	% 0.0 - 1.5		0.6
Calcium, ionized - venous blood	mmol/L 1.15 - 1.35		1.16
Anion gap - venous blood	mmol/L		5
Oxyhemoglobin -venous blood	% 40 - 70		61
Hct (Hematocrit) - venous blood	% 39.0 - 49.0		50.5 ↑
Deoxyhemoglobin - venous blood	% 30.0 - 60.0		37.0
Hemoglobin, total - venous blood	g/dl 12.0 - 18.0		16.5
Chloride, direct - venous blood	mmol/L 95.00 - 105.00		104.00
Glucose, direct - venous blood	MG\DL 70 - 115		112
Potassium, direct - venous blood	mmol/L 3.60 - 4.80		3.90
Sodium, direct - venous blood	mmol/L 135.00 - 145.00		140.00
Bilirubin, total - whole blood	0.0 - 12.7		-0.9 ↓
Lactate (lactic acid) - venous blood	mmol/L 1.80 -		1.90

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
שיוביץ נטע	אחות משחררת	13/03/2026 13:23

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר שרף ליעד מ.ר. 111019	רופאה משחררת	13/03/2026 13:19

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: 16/03/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר בן דוד מלכה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-7501185

פקס: 03-6769674

כתובת: עמק דותן 1, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת.לידה:



מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

0038459475

תמצית הביקור מתאריך 16/03/2026 בשעה 10:39

תאריך הביקור: 16/03/2026

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	קיבלת את המסמכים הבאים:

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 6 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 18 Units > [72116]
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 6 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 18 Units > [6007]

003455157671



0201636321



157929



קוד הפניה: 482812769

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

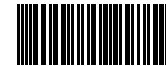
שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

טלפון: 035565216

מין: ז

ת.לידה: 09/03/1976



0038459475

מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה	עצם הבריה
3000		

שאלה למבצע הבדיקה: ימין ושמאל

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2
 בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,
 כו חגס שמור ללא חסך NV
 במעבר על צליום- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

אבחנות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)
- ASTHMA Mild (06/2021)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/03/2026 עד תאריך - 18/09/2026

22/03/2026

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
 (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



157929



קוד הפניה: 482812266

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:				שם משפחה: דהן		שם פרטי: אלון	ת.ז.: 38459475
ת.לידה: 09/03/1976		מין: ז	טלפון: 035565216	טל.עבודה/נייד: 0506275780		מיקוד 5855126	
כתובת: צפת 18/17, חולון		ת.לידה: 0038459475		כתובת: 0038459475		מיקוד 5855126	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2 בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל, כו חגס שמור ללא חסך NV במעבר על צליום- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

אבחנות:

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)
• ASTHMA Mild (06/2021)

בעיות ידועות:

מעשנת/ לא

סיבת ההפניה: לאחר ACJ- הפעלה כמקובל .

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/03/2026 עד תאריך - 18/09/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

22/03/2026

חתימה וחותמת

תאריך

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.



0201636321



157929



קוד הפניה: 486376355

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת.לידה:

מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:



0038459475

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב-אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2

בבדיקתו-רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,

כו חגס שמור ללא חסך NV

במעבר על צליוס-רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ

בצליוס-עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ

ישלים CT

ממצאים:

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

הערכה:

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

אבחנה:

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

בעיות ידועות:

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)
• ASTHMA Mild (06/2021)

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עצם הבריח, סקפולה

שאלה לרדילולוג:

כתף שמאך-רושם לאי סדירות על פני CLAVICLE DISTAL END-האם שבר?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
09/02/2026	69 ימים	1.07	Creatinine (B)
09/02/2026	69 ימים	81	eGFR

שם הרופא: ד"ר רביב אסף

תאריך: 19/04/2026

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 19/04/2026 עד תאריך - 14/01/2027

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



157929



קוד הפניה: 496936693

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

טלפון: 035565216

מין: ז

ת.לידה: 09/03/1976



מיקוד: 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

0038459475

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - כתף

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2

בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,

נו חגס שמור ללא חסך NV

במעבר על צליום- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ

בצליום- עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ

ישלים CT

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

CT- שינויים ארתרוטיים מפרק גלנהומראלי,

עדיין כאבים והגבלה ניכרת בטווחי תנועה

עושה פיזיותרפיה ללא התקדמות ושיפור בטווחים

מופנה למומחה כתף לצורך הערכה מחודשת

ממצאים: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

אבחנות:

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

מעש/ת: לא

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)

• ASTHMA Mild (06/2021)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לאחר חבלה, פריקה ACJ,

לאחר CT-

כאבים עזים

מ.ר גורם מפנה



157929



קוד הפניה: 496936693

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: אלון		ת.ז.: 38459475	
ת.לידה: 09/03/1976		מין: ז		טלפון: 035565216		טל.עבודה/נייד: 0506275780	
כתובת: צפת 18/17, חולון		מיקוד: 5855126					

0038459475

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 - 22/06/2026 עד תאריך - 19/12/2026

22/06/2026

חתימה וחותמת

תאריך

מ.ר גורם מפנה



0201636321



157929

קוד הפניה: 482812769



טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: אלון	ת.ז.: 38459475
ת.לידה: 09/03/1976	מין: ז	טלפון: 035565216	טל.עבודה/נייד: 0506275780
כתובת: צפת 18/17, חולון	מיקוד: 5855126		



0038459475

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה	עצם הבריח
3000		

שאלה למבצע הבדיקה: ימין ושמאל

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2
 בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,
 כו חגס שמור ללא חסך NV
 במעבר על צליום- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

אבחנות:

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)
 • ASTHMA Mild (06/2021)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/03/2026 עד תאריך - 18/09/2026

22/03/2026

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
 (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 22/03/2026

מכבי שירותי בריאות

ד"ר רביב אסף

כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת.לידה:



0038459475

מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

סה"כ: 31 ימים.

21/04/2026

עד יום:

22/03/2026

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום:

22/03/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

גיל: 50.1

שם רופא/ה: ד"ר רביב אסף

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 18554806

תלונות: בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד
פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2
בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,
כו חגס שמור ללא חסך NV
במעבר על צליום- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ
בצליום- עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ
ישלים CT

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

הערות	בדיקות/הפניות
14/01/2027 - בתוקף עד	הפניה למכון דימות - C.T: CT עצם הבריח, סקפולה

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 tab X 3 -2 op	ZALDIAR 325/37.5MG

המלצות למטופל:

CT

ביקרו תעוד חודשיים + CT

הפעלה לפי יכולת

מעקב רופא מטפל

המשך פיזיותרפיה אינטנסיבית לשיפור טווחי התנועה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



0201636321



157929



קוד הפניה: 486376355

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 09/03/1976



0038459475

מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדנו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב-אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2

בבדיקתו-רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,

כו חגס שמור ללא חסך NV

במעבר על צליוס-רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ

בצליוס-עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ

ישלים CT

ממצאים:

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

הערכה:

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

אבחנה:

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

בעיות ידועות:

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT - COVID-19 (28/10/2020)

• ASTHMA Mild (06/2021)

מעש/ות : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עצם הבריח, סקפולה

שאלה לרדיולוג:

כתף שמאך-רושם לאי סדירות על פני CLAVICLE DISTAL END-האם שבר?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
09/02/2026	69 ימים	1.07	Creatinine (B)
09/02/2026	69 ימים	81	eGFR

שם הרופא: ד"ר רביב אסף

תאריך: 19/04/2026

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך 19/04/2026 עד תאריך 14/01/2027

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 29/04/2026

מכבי שירותי בריאות

תר. גורם מסנה



ד"ר בן דוד מלכה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-7501185

פקס: 03-6769674

כתובת: עמק דותן 1, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל. עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת. לידה:

מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:



0038459475

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 22/04/2026 עד יום: 29/05/2026 סה"כ: 38 ימים.

ד"ר בן דוד מלכה
מומחית ברפואת משפחה
רפואת ילדים
מ.ר. 5777 חתימה וחותמת הרופא

29/04/2026

תאריך

תאריך: 26/05/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר בן דוד מלכה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-7501185

פקס: 03-6769674

כתובת: עמק דותן 1, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת.לידה:



מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

0038459475

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 29/05/2026 עד יום: 13/06/2026 סה"כ: 16 ימים.

26/05/2026

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 22/06/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



157929

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 496936693

טלפון: 08-6867070

פקס: 08-9195134

כתובת: שדרות יצחק שמיר 14, באר יעקב

ד"ר רביב אסף

כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

טלפון: 035565216

מין: ז

ת.לידה: 09/03/1976



מיקוד: 5855126

צפת 18/17, חולון

0038459475

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - כתף

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדכו מעבודתו ת"ד

פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2

בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,

כו חגס שמור ללא חסך NV

במעבר על צליוס- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ

בצילום- עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ

ישלים CT

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

CT- שינויים ארתרוטיים מפרק גלנהומראלי,

עדיין כאבים והגבלה ניכרת בטווחי תנועה

עושה פיזיותרפיה ללא התקדמות ושיפור בטווחים

מופנה למומחה כתף לצורך הערכה מחודשת

ממצאים: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

אבחנות:

• SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

מעשנת: לא

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (28/10/2020)
• ASTHMA Mild (06/2021)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לאחר חבלה, פריקה ACJ,

לאחר CT-

כאבים עזים

גיל: 50.3

שם רופא/ה: ד"ר רביב אסף

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 5478730

תלונות: בביקור בתאריך 22/03/2026 בשעה 17:29:47

בן 50, בדנו מעבודתו ת"ד
פונה על ידי מד"א לאיכילוב- אובחן עם שבר צלע 3 ופריקה ACJ דרגה 2
בבדיקתו- רוש לבליטה קלה על פני CALVICLE מצד שמאל,
כו חגס שמור ללא חסך NV
במעבר על צליו- רוש ל ACJ ROCKWOOD 2.

בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

כחודש לאחר פריקה ACJ
בצילום- עמדה טובה, מפרק קונגרוהונטי, רושם לאי סדירות קלה של פני CCJ
ישלים CT

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

CT- שינויים ארתרוטיים מפרק גלנהומראלי,
עדיין כאבים והגבלה ניכרת בטווחי תנועה
עושה פיזיותרפיה ללא התקדמות ושיפור בטווחים
מופנה למומחה כתף לצורך הערכה מחודשת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 19/04/2026 בשעה 15:50:07

בביקור בתאריך 22/06/2026 בשעה 18:39:52

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS

הערת	בדיקות/הפניות
19/12/2026 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: אורתופדיה - כתף

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	1<10>	1 tab X 3 -2 op	ROKACET PLUS 24 CAP

המלצות למטופל:
משככי כאבים
להימנע מעמוסים בשלב זה
ייעו מומחה כתף
מעקב רופא מטפל

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

דו"ח פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי 08.01.09 ; 09.04.01)

תאריך: 8/16/26

פרטים אישיים

שם פרטי: אלון
שם משפחה: דהן
מספר איש: 01056902
דרגה: רפ"ק
מס ת.ז: 038459475
גיל: 50
יחידת שרות: מחלקת מבצעים חסיבת המבצעים 10004812
משרה: 70894063 נציג מ"י מול מבצעים צה"ל
קבוצת עובדים: עובד הארגון
תת קב. עובדים: שוטר
כתובת מגורים: פיכמן בית 23 חולון ישראל
טלפון גיד: 0506275780

נתוני דיווח פציעה

תאריך פציעה: 13/03/2026

שעת פציעה: 06:35:00

סיבת פציעה: תאונת דרכים

נסיבות הפציעה: מעקבות הפעלה מבצעית במלחמת "שאגת הארי" בדרך לבסיס הקריה, בנסיעה ברמזור ירוק בצומת חולון, רכב טיוטה שנכנס באדום פגע בדלת של הרכב שלי, חולצתי ע"י כב"ח

אברי גוף שנפגעו

* במקרה של פגיעה בשיניים יש לצרף אישור מרופא שיניים על מהות הנזק עד 72 שעות משעת הפגיעה.

איברי גוף: כתפיים, צלעות

עדים לארוע –

עדים לארוע	מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	כתובת	טלפון

אשפוז

חבר קופת חולים: מכבי

תאונת דרכים

חובה לצרף טופס כתב המחאת זכות לחתימה

הצהרות חובה

☒ ידוע לי כי אם ישולמו לי החזרים כספיים בגין התצאות רפואיות הנובעות מפגיעה זו – אין בעצם התשלום

אסמכתא לכך שהפגיעה היא פגיעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה

סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בתפקיד. כן מובא בזאת לידיעתי כי אישור קצין

נפגעים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין מיצוי זכויות

כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

☒ הריני מתחייב בזאת כי במידה ואגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי, וימצא לנכון לקבל את תביעתי,

ולשלם לי פגיעה בגין ימי מחלה שנעדרתי עקב חבלה בעבודה/ מחלת מקצוע, עלי להעביר התשלום

למשטרה, מאחר ומדובר בתשלום יתר, שכן משטרת ישראל משלמת לי שכר מלא על אותם ימים. במידה ולא

אעביר את תשלום היתר כמתבקש לעיל – ידוע לי כי יגבה הסכום על ידי החשבות, באמצעות ניכוי שכרי.

☒ בחתימתי זו, אני מאשר כי כל הנתונים עליהם הצהרתי בבקשה זו הינם נכונים.

☒ הבנתי כי בשל הצהרה שאינה נכונה ומדויקת אני צפוי לטיפול משמעתי ואף לסיום העסקתי.



התייחסות המפקד - נסיבות פציעה

בדרך לעבודה/מעבודה

האירוע התרחש למיטב ידיעתי:

המלצה: ממליץ לאשר את הדו"ח

פרטי המפקד

שם פרטי ומשפחה: אופיר ביטון

מספר אישי: 01042977

תפקיד: ראש מדור - אג"מ

דרגה: סגן ניצב

הערות:

מאשר את פירטי האירוע

התייחסות רווחה

פרטי קצין רווחה

שם פרטי ומשפחה: בת אל נסים

מספר אישי: 01205350

תפקיד: מש"ק רווחה

דרגה: רב סמל מתקדם

אישור /ממתין להשלמת מסמכים: מאושר

הערות ק' רווחה: יש במסמכים רפואיים אישור רפואי על כתיף וצלעות, אך מתוך 6 דפים יש 2 דפים . לשיקולכם

התייחסות מדור נפגעים – אישור/דחיית הפניה

פרטי קצין יחידת נפגעים

שם פרטי ומשפחה: מורן אחדות

מספר אישי: 01905526

תפקיד: מש"ק אמ"ש

דרגה: רב סמל ראשון

החלטת מדור נפגעים: אישור

האירוע התרחש: בתפקיד

הערות חוליית נפגעים:

מסן דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252

גורם רפואי מפנה:

שם: רביב אסף

מ.ר: 157929

תאריך הבדיקה: 16/04/2026

תאריך הפיענוח: 16/04/2026

שם הנבדק: דהן אלון

ת.ז. הנבדק: 38459475

כתובת הנבדק: צפת 18/17 חולון 5855126

טלפון הנבדק: 03-5565216 טלפון נייד: 050-6275780

תשובת בדיקת דימות: 26259128

עצם הבריח

סיבת ההפניה:

SHOULDER PAIN DUE TO ACROMIOCLVICULR DIS •

ממצאים:

צילום עצם הבריח שמאל וימין

=====

אין עדות לשבר .

שינויים ניווניים ב-ACJ דו"צ

בברכה

דר' ויקטוריה טרכטנגרץ
מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית
מס' רישיון: 31066

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 26/05/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר בן דוד מלכה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-7501185

פקס: 03-6769674

כתובת: עמק דותן 1, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 38459475

שם פרטי: אלון

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0506275780

035565216

טלפון:

מין: ז

09/03/1976

ת.לידה:



מיקוד 5855126

צפת 18/17, חולון

כתובת:

0038459475

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 29/05/2026 עד יום: 13/06/2026 סה"כ: 16 ימים.

26/05/2026

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



מכון CT

מסמך זה מגיל מידע המונח ע"י חוק הגנת הפרטיות, כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

הנדון: דהן, אלון, ת.ז: 038459475 תאריך לידה: 09/03/1976

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 06/06/2026

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של כתף שמאל
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיליים עם שחזורים במישורים קורנליים וסג'טליים, ללא הזרקת חומר ניגוד.

סיבת הבדיקה: בירור

ממצאים:

מפרק גלנו-הומרלי שמור
שינויים ארטרוטיים במפרק האקרומיו-קליקולרי עם תת פריקה במפרק
שינויים אנתוזפתיים בגבשושית הגדולה
עם מסת שרירים שמורה

סיכום: ממצאים כמתואר

בברכה,
ד"ר חרמוב רזניק נטליה
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 141487

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 "נתן לפניית של רופאים בלבד"

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

תעודת זהות: 038459475 תאריך הדפסה: 08/06/2026 עמוד 1 מתוך 2



מרפאת ברך/כתף/ירך ופגיעות ספורט

מנהל מחלקה אורתופדית א: ד"ר יפתח בר

מנהל יחידת פגיעות ספורט ברך/כתף/ירך: ד"ר לינדגר דרור

רופאים בכירים ביחידה: פרופ' גבריאל אגר, ד"ר ויאצ'סלב סובנקו, ד"ר יובל ארמה, ד"ר יפתח בר

טל: 08-9779610 פקס: 08-9779611

סודי רפואי

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה

שם משפחה: דהן	ת. לידה: 09/03/1976 גיל: 50
שם פרטי: אלון	ת. זהות: 38459475 מין: זכר
כתובת: הר הצופים 31 חולון 5849325	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 050-6275780	שם האב: אליהו שם האם: פני
זמן קבלה: 07:30 22/07/2026	קופ"ח מכבי
	מספר ביקור: 35891789

זמן הפקת התדפיס: 09:07 22/07/2026

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

כתף שמאל פריקת ACJ דרגה 4

מועמד לרדוקציה וקיבוע

מנפורד

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF SHOULDER REGION	923.00	Left		✓			
ACJ DISLOCATION GRADE 4							

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

תאריך רישום

22/07/2026

שם התרופה

ARCOXIA TAB 90MG

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום רופא

22.7.26

דיון רופאים פרופ' הלפרין, פרופ' אגר, ד"ר בר.

בן 50,

חתימות רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
פרופ' הלפרין נחום מ.ר. 8152	רופא.ה מסכם.ת	22/07/2026 09:07

לזכויות שלכם מכל
הגורמים חפשו בגוגל
"כל זכות אחרי אשפוז"

כל זכות
וכוחן לדעת. זכותך לקבל
www.kolztchut.org.il

"קול הבריאות"
5400* לכל יחידות
משרד הבריאות

"כל הבריאות"
המערכת לבדיקת
זכויות: call.gov.il

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

*****סודי רפואי*****

המשך מכתב: 38459475 אלון דהן