

תאריך חתימת המסמך : 14.8.26

התובע:

משה דואר, ת.ז. 55592745
מרחוב אדר 17/2, תל אביב
טלפון : 054-2294794, 053-5304449

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358, פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

מגדל, חברה לביטוח בע"מ
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל' : 03-9201010 דוא"ל : tiviothova@migdal.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 839 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגישי כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



1. התובע, יליד 20.12.1958, היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או העושה שימוש ברכב מסוג משאית לפינוי אשפה הנושא מספר רישוי 29205003 (להלן: "הרכב").

2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב תעודת חובה ורישיון רכב, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.

4. במועד התאונה היה התובע עובד עיריית תל אביב-יפו בפינוי אשפה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה במאמץ פיזי, בעליה ובירידה מהמשאית ובהרמה. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נעדר התובע מעבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

5. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע לקבלת טיפולים רפואיים, נטילת משככי כאבים, טיפולי פיזיותרפיה והפניה למרפאת כאב, והוא יידרש לכך גם בעתיד.

6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

8. בתאריך 22.12.25, במהלך עבודתו בעיריית תל אביב-יפו, עת עמד על מדרגת המשאית, החל נהג הרכב בנסיעה והתובע נפל ונחבל בגופו בראש, בצוואר, בכתפיים ובגב (להלן: "התאונה").

9. לאחר התאונה פנה התובע לקבלת טיפול בבית החולים איכילוב בתל אביב, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. בוצעה בדיקת CT לעמוד השדרה הצווארי בגבהים C4-C7 אשר שללה שברים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו.

10. למחרת התאונה, ביום 23.12.25, פנה התובע למרפאה בקהילה. בבדיקה נמצאו הגבלה בטווחי תנועת הצוואר וכאב בתנועה לכל הכיוונים, והומלץ על נטילת משככי כאבים, מעקב ומנוחה.

11. ביום 28.12.25 שב התובע למרפאה כשהוא סובל מכאבים באזור הצוואר, הכתפיים, הראש והגב התחתון. דיווח כי נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה, עם קשיי הירדמות מחמת הכאב. ניתן לו טיפול תרופתי נרקוטי, טיפול מקומי במשחה ודיקור לטרפזיוס, והוא הופנה לפיזיותרפיה.

12. ביום 31.12.25 שב התובע למרפאה. כשהוא עדיין סובל מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, עם כאבים בעורף ובראש, וכי הטיפול בזלדיאר,

בנפרוקסן ובארקוקסיה לא היה מספק וכי הוא עדיין כאוב. הומלץ על המשך טיפול בנוגדי כאב, משחה וחימום מקומי, עיסוי וחיזוק שרירי ליבה.

13. ביום 6.1.26 ניתן לתובע אישור מחלה נוסף, ולפיה אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה אחרת מיום 1.1.26 עד יום 20.1.26, סה"כ 20 ימים. הוא הופנה לייעוץ אורתופדי ולייעוץ במרפאת כאב, לאחר שצוין כי מאז התאונה הוא סובל מכאבים וכי טיפולי הפיזיותרפיה לא הניבו מלוא השיפור המצופה.

14. ביום 22.1.26 ניתן אישור מחלה נוסף מיום 22.1.26 עד יום 5.2.26, סה"כ 15 ימים.

15. ביום 28.1.26 נבדק התובע אצל אורתופד. בבדיקה נמצאה רגישות אחורית מצדי העורף, הגבלה בטווח התנועה בצוואר במיוחד ברוטציות, וספזם פראורטברלי, ללא חסר נוירולוגי. האבחנה שנקבעה: WHIPLASH INJURY. התובע הופנה להמשך טיפולי פיזיותרפיה ונטילת משככי כאבים ונוגדי דלקת.

16. התובע המשיך במעקב בקהילה ובטיפול פיזיותרפיה. ביום 24.3.26, נוכח כאבים מתמשכים, הופנה למרפאת כאב. ביום 31.3.26 ניתן אישור מחלה נוסף מיום 31.3.26 עד יום 11.4.26, סה"כ 12 ימים, על רקע כאבים בכתף, בצוואר ובראש, תוך המשך פיזיותרפיה ומשככי כאבים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

17. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, מכאבי ראש, מקושי בהרמה ובמאמץ פיזי, מקושי כיפוף, נשיאה, ריכוז מקושי בהליכה, ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי, מקושי בסיבוב ובהטיית הראש, מקשיי שינה והירדמות, והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

18. במועד התאונה עבד התובע בעיריית תל אביב-יפו בפינוי אשפה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה במאמץ פיזי ובעליה ובירידה מהמשאית. מחמת התאונה ותוצאותיה נעדר מעבודתו תקופות ממושכות, נזקק להפוגות במהלכה ולבסוף הוחלט על הפסקת עבודתו ויציאתו לגמלאות ונגרמו לו הפסדי שכר.

רצ"ב מכתב הפסקת עבודה, מסומן "כנספח 3".

19. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

20. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 52,000 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 33,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 18,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 7,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

21. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
22. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.
23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: משה דואר- רישיון רכב ותעודת חובה (עמודים 7 עד 13)	7
נספח 2: תעודות רפואיות משה דואר (עמודים 15 עד 46)	15
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 48 עד 48)	48
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 50 עד 53)	50



נספח 1 :

משה דואר- רישיון רכב ותעודת חובה

(עמודים 7 עד 13)





אל : 6250222

מספר עמודים : 5

שעה : 08:38

תאריך : יום שלישי 10 מרץ 2026

נושא : FW: משה דואר ת.ז. 55592745 ת.פגיעה 22/12/25 השלמת פרטי

מאת : חניתה שבירו - רכזת שירותי זכויות ותשלומים

מספר פקס : 035216032

שלום רב, בהמשך למכתב מביטוח לאומי, רציב אישורים,

העובד טרם העביר אישורים רפואיים תומכים לבקשתכם בסעיף 2.

בברכה,

חניתה שבירו

רכזת שירותי זכויות ותשלומים

עיריית תל אביב- יפו
 אבן גבירול 69 מיקוד 64162
www.tel-aviv.gov.il





בעלות הרכב אחרת
אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

146

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח
שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנהג טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו
לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה



נהגים נקובים + מספר זהות	
סוג רכב	נפח/הספק
מסחרי כבד	מסחרי כבד נפח מנוע: 6700 סמ"ק
מספר תעודה: 53890890	מספר זהות: 500250006
תאריך הוצאה: 18/03/25	תל אביב - יפו 6416201
שעת הוצאה: 21:41	01/04/25 לא לפני: מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 31/03/26 (בחצות)
מספר הרישוי: 29205003	מספר שלדה: 520532
היצרן + דגם: FA.LF250I19	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש: 2023
משקל / טון: 22.000	מספר פוליסה: 04 25188146225 000000
מספר הסוכן: 163771	שם הסוכן: כרמי עוזי-עיריות
בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)	
השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)	

410120037 (2021 ספטמבר)



רשות הדואר בנק הדואר	הרחבות והגבלות רכינה	הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח
שולם 6,783.00 ש"ח בתאריך 18/03/25 בשעה 21:41 חשבון 53890890 אסמכתא 8842901 אישור 6,783.00 חותמת הבנק	אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח מגדל חברה לביטוח בע"מ <i>אריה שנקר</i>	6,783.00

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

מאגן

שם המבוטח: עירית תל-אביב-יפו 500250006	כתובת: אבן גבירול 69	מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/25	מועד פקיעת הביטוח: 31/03/26 (בחצות)
מספר הרישוי: 29205003	דאף FA.LF250I19	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש: 2023	מספר פוליסה: 04 25188146225
מספר הסוכן: 163771	שם הסוכן: כרמי עוזי-עיריות	מספר תעודה: 53890890	הסכום לתשלום בש"ח: 6,783.00
ניתן לשלם בבנקים הבאים לזכות חשבון: בנק לאומי חשבון מס' 800-339510/33 בנק פועלים חשבון מס' 600-368750 בנק דיסקונט חשבון מס' 535-128290 בנק הבינ"ל הראשון חשבון מס' 287-285845 בנק המזרחי חשבון מס' 481-383499			

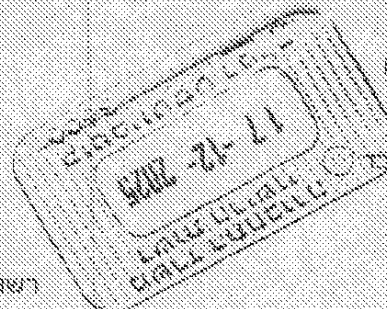
הודעת זינוק

קוד מוטב 62-00622	השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)	בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
תוספת: 000000	הרחבות והגבלות רכינה	מגדל חברה לביטוח בע"מ

[illegible]

.....

חייב אישור ק' בטיחות חדש
רשין בתוקף רק בצירוף מסמך
חייב אישור בלמים למסמך
חייב ר' חובל, אישור ק' בטיחות
הייתה מערכת בטיחות רכב לנד



233070930 REC'D HONOLULU

.....

2020

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.



2000
 2001
 2002
 2003

ORDERED: 2019-07-10



29205003-27-6 0000

01000000 13X 77

1000

20200927-2

44-38861-1000
b6
b7C

[illegible]

1. The first part of the document is a list of references. The references are listed in a standard format, with the author's name, the year of publication, and the title of the work. The references are as follows:

mm mm

02/21/2012 10:03:02 00000000

בעלות הרכב אחרת
אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

146

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח
שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנהג טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו
לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה



נהגים נקובים + מספר זהות	
סוג רכב	נפח/הספק
מסחרי כבד	מסחרי כבד נפח מנוע: 6700 סמ"ק
מספר תעודה: 53890890	מספר זהות: 500250006
תאריך הוצאה: 18/03/25	תל אביב - יפו 6416201
שעת הוצאה: 21:41	01/04/25 לא לפני: מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 31/03/26 (בחצות)
מספר הרישוי: 29205003	מספר שלדה: 520532
היצרן + דגם: FA.LF250I19	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש: 2023
מספר הסוכן: 163771	שם הסוכן: כרמי עוזי-עיריות
מספר פוליסה: 04 25188146225 000000	תוספת: 00000000
בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1	השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
(מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)	(מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

410120037 (2021 נפטמבר)

שאר כ"ד המבטח לאחר התשלום בבנק

רשות הדואר בנק הדואר	הרחבות והגבלות רכינה	הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח
שולם 6,783.00 ש"ח בתאריך 18/03/25 בשעה 21:41 חשבון 53890890 אסמכתא 8842901 אישור 6,783.00 חותמת הבנק	אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח מגדל חברה לביטוח בע"מ <i>אדום שלוק</i>	6,783.00

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

חשבונית

שם המבטח: עירית תל-אביב-יפו 500250006	כתובת: אבן גבירול 69	מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/25	מועד פקיעת הביטוח: 31/03/26 (בחצות)
מספר הרישוי: 29205003	מספר הסוכן: 163771	מספר תעודה: 53890890	מספר פוליסה: 04 25188146225
הסכום לתשלום בש"ח: 6,783.00	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש: 2023	שם הסוכן: כרמי עוזי-עיריות	הסכום לתשלום בש"ח: 6,783.00
רשות הדואר בנק הדואר	שולם 6,783.00 ש"ח	בתאריך 18/03/25 בשעה 21:41	חשבון 53890890 אסמכתא 8842901
אישור 6,783.00	חותמת הבנק	ניתן לשלם בבנקים הבאים לזכות חשבון:	בנק לאומי חשבון מס' 800-339510/33
			בנק פועלים חשבון מס' 600-368750
			בנק דיסקונט חשבון מס' 535-128290
			בנק הביטל הראשון חשבון מס' 287-285845
			בנק המזרחי חשבון מס' 481-383499

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
(מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו) (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

לשלם בבנק

מגדל חברה לביטוח בע"מ	הרחבות והגבלות רכינה
תוספת: 000000	קוד מוטב 62-00622

נספח 2 :

תעודות רפואיות משה דואר

(עמודים 15 עד 46)



מספר רשיון 194153
טלפון 03-7917800
פקס 03-7917801
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר יעל בורנשטיין
תחום רופאת משפחה
כתובת האקליפטוס, 11
מרפאה התקווה - תל אביב

תאריך: 23/12/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.00	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 22/12/2025

שם המעביד וכתובת: עיריית תל אביב

תאור התאונה: נפל ממשאית זבל אחורנית נחבל בראש צוואר וגב

פרטי הטיפול שניתן לפני הגעה לשרותי בריאות כללית:

CT ראש נוגדי כאב

היכן קיבל טיפול קודם: איכילוב

מועד הפניה לקופ"ח: 23/12/2025

שם הרופא המטפל: מיכאל שפירא

הממצאים הקליניים: טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזוזה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים

צילומי רנטגן נעשו ב: איכילוב ביום: 22/12/2025

הממצא: שינויים ניווניים בעמוד שדרה צווארי

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS



הטיפול שניתן: ארקוקסיה 10 ימים

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 26/12/2025 עד יום 09/01/2026 (בכלל) סה"כ 15 ימים

23/12/2025 23/12/2025

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

התקווה - תל אביב

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

08:23 תאריך: 28/12/2025

הפניה כללית

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **דואר משה**
מס זהות: **00055592745**
גיל: **67.00** מין: **ז**
ת.לידה: **20/12/1958**
מס בית: **2 / 17**
ישוב: **תל אביב -**
טלפון: **53- 5304449**
רחוב: **אדר**
טלפון נוסף: **54- 2294794**

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33047040492

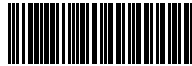
מספר הפניה:

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040492

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	עבודה

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/12/2025:

אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא עדות לממצא פתולוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקרין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025

היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.

סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 131 / 78 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 23/12/2025:

טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזוזה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב

דיון/תוכנית טיפולית: כאבים מ/א תאונת עבודה - רושם להצלפת שוט

דיקרת טרפזיוס
מבקש משנו חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	It	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

מטרת הבדיקה: מ/א אחרי תאונה דרכים נפל ונחבל בגב צוואר כתפיים מקרין לראש.

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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





מספר רשיון 194153
טלפון 03-7917800
פקס 03-7917801
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר יעל בורנשטיין
תחום רופאת משפחה
כתובת האקליפטוס, 11
מרפאה התקווה - תל אביב

08:23 תאריך: 28/12/2025

הפניה כללית

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.00 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
טלפון:	53- 5304449
טלפון נוסף:	54- 2294794
אדר:	

22/12/2025 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה סוג תאונה

מספר הפניה: 33047040492

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040492

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: פזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/12/2025:

אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קליינס ללא עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקרין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025:

היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.

סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 131 / 78 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 23/12/2025:

טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025:
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב

דיון/תוכנית טיפולית: כאבים מ/א תאונת עבודה - רושם להצלפת שוט

דיקת טרפזיוס
מבקש משנו חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פזיותרפיה

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/1 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

מטרת הבדיקה: מ/א אחרי תאונה דרכים נפל ונחבל בגב צוואר כתפיים מקרין לראש.

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת הרופא

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



08:23 תאריך: 28/12/2025

הפניה כללית

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **דואר משה**
מס זהות: **00055592745**
גיל: **67.00** מין: **ז**
ת.לידה: **20/12/1958**
מס בית: **2 / 17**
ישוב: **תל אביב -**
טלפון: **53- 5304449**
רחוב: **אדר**
טלפון נוסף: **54- 2294794**

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33047040492

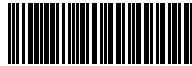
מספר הפניה:

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040492

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/12/2025:

אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא עדות לממצא פתולוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקרין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025

היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.

סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 131 / 78 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 23/12/2025:

טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב

דיון/תוכנית טיפולית: כאבים מ/א תאונת עבודה - רושם להצלפת שוט
דיקרת טרפזיוס
מבקש משנו חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

מטרת הבדיקה: מ/א אחרי תאונה דרכים נפל ונחבל בגב צוואר כתפיים מקרין לראש.

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.		



תאריך: 31/12/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.00 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
טלפון:	53- 5304449
טלפון נוסף:	54- 2294794
רחוב:	אדר

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/12/2025 עד יום 31/12/2025 (בכלל) סה"כ 9 ימים
 31/12/2025 31/12/2025

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מיכאל שפירא **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 31/12/2025

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.00	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/12/2025 עד יום 31/12/2025 (בכלל) סה"כ 9 ימים

31/12/2025

31/12/2025

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מיכאל שפירא **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 06/01/2026

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.01 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
טלפון:	53- 5304449
טלפון נוסף:	54- 2294794
רחוב:	אדר

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/01/2026 עד יום 20/01/2026 (בכלל) סה"כ 20 ימים
06/01/2026 06/01/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חתימה וחומת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומתת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/12/2025:
כאבים מ/א תאונת עבודה
דיקרת טרפזיס
מבקש משהו חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה- הפניה
כדור שינה 6 ימים בלבד
משחה טראומיל להרגעת האיזור
ההפניות שהופקו ב 28/12/2025:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
31/12/2025:
לכן טיפול בנוגדי כאבים, משחה וחימום מקומי, עיסוי, חיזוק שרירי ליבה
שילוב של אופטלגין עם NSAIDS פעם ביום, ניתן להעלות מינון זלדיאר ל-2
כדורים ביחד
06/01/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 06/01/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.01 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
ישוב:	תל אביב -
טלפון:	53- 5304449
רחוב:	אדר
טלפון נוסף:	54- 2294794

תאריך תאונה 22/12/2025

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33047040857

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040857

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקריין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025
היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.
31/12/2025
היום יוצא לפנסיה- בשעה טובה!
שיחה עם מירב ממאשבי אנוש- צורך בתעודת ת. עבודה- היא מילאה לו בל250
כאבים באזור הצוואר אחורי וראש וזרוע ימין
קיבל זלדיאר בונדורמין וארקוסיה
נעזר קצת בדיקור יבש ואז חזר
06/01/2026
עדיין כאבים צוואריים קיבל כבר זלדיאר, בונדורמין, וארקוקסיה ללא הטבה.



סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 78 / 131 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב
31/12/2025
מצב כללי טוב ללא שינוי בבדיקתו ללא חסר בתנועה
06/01/2026

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/12/2025:
כאבים מ/א תאונת עבודה
דיקרת טרפזיס
מבקש משה חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה- הפניה
כדור שינה ל6 ימים בלבד
משחה טראומיל להרגעת האיזור
ההפניות שהופקו ב 28/12/2025:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
31/12/2025:
לכן טיפול בנוגדי כאבים, משחה וחימום מקומי, עיסוי, חיזוק שרירי ליבה
שילוב של אופטלגין עם NSAIDS פעם ביום, ניתן להעלות מינון זלדיאר ל-2
כדורים ביחד
06/01/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 194153
טלפון 03-7917800
פקס 03-7917801
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר יעל בורנשטיין
תחום רופאת משפחה
כתובת האקליפטוס, 11
מרפאה התקווה - תל אביב

תאריך: 06/01/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישו:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54- 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53- 5304449					

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33047040861

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040861

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/12/2025
23/12/2025
אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא
עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקרין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025
היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.
31/12/2025
היום יוצא לפנסיה- בשעה טובה!
שיחה עם מירב ממאשבי אנוש- צורך בתעודת ת. עבודה- היא מילאה לו בל250
כאבים באזור הצוואר אחורי וראש וזרוע ימין
קיבל זלדיאר בונדורמין וארקוסיה
נעזר קצת בדיקור יבש ואז חזר
06/01/2026
עדיין כאבים צוואריים קיבל כבר זלדיאר, בונדורמין, וארקוקסיה ללא הטבה.

סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 131 / 78 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 31/12/2025
23/12/2025
טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב
31/12/2025
מצב כללי טוב ללא שינוי בבדיקתו ללא חסר בתנועה
06/01/2026

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/12/2025:
כאבים מ/א תאונת עבודה
דיקרת טרפזיס
מבקש משהו חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה- הפניה
כדור שינה ל6 ימים בלבד
משחה טראומיל להרגעת האיזור
ההפניות שהופקו ב 28/12/2025:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
31/12/2025:
לכן טיפול בנוגדי כאבים, משחה וחימום מקומי, עיסוי, חיזוק שרירי ליבה
שילוב של אופטלגין עם NSAIDS פעם ביום, ניתן להעלות מינון זלדיאר ל-2
כדורים ביחד
06/01/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה. פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ב"ח מפורסמת באתר הכללית		

תאריך: 06/01/2026

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/01/2026 עד יום 20/01/2026 (בכלל) סה"כ 20 ימים
06/01/2026 06/01/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חתימה וחומת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 22/01/2026

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.01 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
טלפון:	53- 5304449
טלפון נוסף:	54- 2294794
רחוב:	אדר

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 22/01/2026 עד יום 05/02/2026 (בכלל) סה"כ 15 ימים
22/01/2026 22/01/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

התקווה - תל אביב

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 28/01/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		דואר משה		מס זהות: 00055592745		גיל: 67.01		מין: ז	
ת.לידה: 20/12/1958		ישוב: תל אביב -		רחוב: אדר		טלפון נוסף: 54 - 2294794					
מס בית: 2 / 17		טלפון: 53 - 5304449									

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/01/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 67
ב-22/12/25 בעבודה נפל מאוטו זבל אחורה. נחבל במיון איכילוב ושוחרר. במיון CT צווארי- ללא שברים, שינויים ניוונים C4-7 דרגה בינונית.

בדיקה גופנית: צוואר- רגישות אחורית מצדי העורף במישוש, טווח מוגבל ברוטציות, ספרלינג שלילי, ללא חסר נירולוגי גס

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה אנלגזיה ביקורת לאחר הנל

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הופק

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	ר	N	יחידה	30	10	D	3	טבליות	TAB	1	MUSCOL TAB CF
W	1	ר	N	אריזה	1	10	D	2	קפילות	CPL	1	ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

ברכה,

רן דורון	27594	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 22/01/2026

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ואף לא בעבודה אחרת

מיום 22/01/2026 עד יום 05/02/2026 (בכלל) סה"כ 15 ימים
22/01/2026 22/01/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 28/01/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	דואר משה
מס זהות:	00055592745
גיל:	67.01 מין: ז
ת.לידה:	20/12/1958
מס בית:	2 / 17
ישוב:	תל אביב -
טלפון:	53- 5304449
רחוב:	אדר
טלפון נוסף:	54- 2294794

מספר הפניה: 33288516297

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288516297

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



027594

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בן 67

22/12/25 בבעודה נפל מאוטו זבל אחורה. נחבל במין איכילוב ושוחרר. במין CT
 צווארי- ללא שברים, שינויים ניונים C4-7 דרגה בינונית.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

ממצאים קליניים צוואר- רגישות אחורית מצדי העורף במישוש, טווח מוגבל ברוטציות, ספרלינג
 שלילי, ללא חסר נירולוגי גס

מטרת הבדיקה: טיפול פרטי

נחתם דיגיטלית

27594

רן דורון

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



מספר רשיון 194153
טלפון 03-7917800
פקס 03-7917801
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר יעל בורנשטיין
תחום רופאת משפחה
כתובת האקליפטוס, 11
מרפאה התקווה - תל אביב

תאריך: 06/01/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54- 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53- 5304449					

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33047040857

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040857

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/12/2025
23/12/2025
אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קליינס ללא
עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקרין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025
היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.
31/12/2025
היום יוצא לפנסיה- בשעה טובה!
שיחה עם מירב ממשבי אנוש- צורך בתעודת ת. עבודה- היא מילאה לו בל250
כאבים באזור הצוואר אחורי וראש וזרוע ימין
קיבל זלדיאר בונדורמין וארקוסיה
נעזר קצת בדיקור יבש ואז חזר
06/01/2026
עדיין כאבים צוואריים קיבל כבר זלדיאר, בונדורמין, וארקוקסיה ללא הטבה.

סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 131 / 78 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 31/12/2025
23/12/2025
טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב
31/12/2025
מצב כללי טוב ללא שינוי בבדיקתו ללא חסר בתנועה
06/01/2026

תאריך: 24/03/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		דואר משה		מס זהות: 00055592745		גיל: 67.03		מין: ז	
ת.לידה: 20/12/1958		ישוב: תל אביב -		רחוב: אדר		טלפון נוסף: 54 - 2294794		מס בית: 2 / 17		טלפון: 53 - 5304449	

מספר הפניה ישירה: 33047043081

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047043081

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70280	L9280	בדיקה רפואית - כאב	70280

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 67 בעבודה נפל מאוטו זבל אחורה ונחבל בראש, צוואר, כתף, היה במיון איכילוב ושוחרר. במיון CT צווארי- ללא שברים, שינויים ניוונים C4-7 דרגה בינונית. מאז סובל מכאבים ניסה פיזיותרפיה ללא מיצוי מלא של הטיפולים ונעזר במכחי כאבים.

סימנים חיוניים: גובה 164 12/01/2026 משקל 60 12/01/2026 bmi 22.31

לחץ דם 80 / 113 12/01/2026

דופק 95 12/01/2026

מתאריך 14/09/2025 92.6 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7295		PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	שאיות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg	1	שאיפות	2	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית**	194153	ד"ר יעל בורנשטיין
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה. פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית		



תאריך: 28/01/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

מספר הפניה: 33288516297

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288516297

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



027594

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בן 67

ב-22/12/25 בעבודה נפל מאוטו זבל אחורה. נחבל במיון איכילוב ושוחרר. במיון CT צווארי- ללא שברים, שינויים ניוונים C4-7 דרגה בינונית.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

ממצאים קליניים צוואר- רגישות אחורית מצדי העורף במישוש, טווח מוגבל ברוטציות, ספרלינג שלילי, ללא חסר נירולוגי גס

מטרת הבדיקה: טיפול פרטני

נחתם דיגיטלית

27594

רן דורון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 06/01/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר			
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53- 5304449	טלפון נוסף:	54- 2294794			

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33047040861

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040861

תז נבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקריין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025
היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזונה סובל מאוד.
31/12/2025
היום יוצא לפנסיה- בשעה טובה!
שיחה עם מירב ממאשבי אנוש- צורך בתעודת ת. עבודה- היא מילאה לו בל250
כאבים באזור הצוואר אחורי וראש וזרוע ימין
קיבל זלדיאר בונדורמין וארקוסיה
נעזר קצת בדיקור יבש ואז חזר
06/01/2026
עדיין כאבים צוואריים קיבל כבר זלדיאר, בונדורמין, וארקוקסיה ללא הטבה.



סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 78 / 131 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזונה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב
31/12/2025
מצב כללי טוב ללא שינוי בבדיקתו ללא חסר בתנועה
06/01/2026

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/12/2025:
כאבים מ/א תאונת עבודה
דיקרת טרפזיס
מבקש משה חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה- הפניה
כדור שינה ל6 ימים בלבד
משחה טראומיל להרגעת האיזור
ההפניות שהופקו ב 28/12/2025:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
31/12/2025:
לכן טיפול בנוגדי כאבים, משחה וחימום מקומי, עיסוי, חיזוק שרירי ליבה
שילוב של אופטלגין עם NSAIDS פעם ביום, ניתן להעלות מינון זלדיאר ל-2
כדורים ביחד
06/01/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 06/01/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.01	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

22/12/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33047040857

גורם שולח



3047

מספר הפניה



033047040857

תז בבדק



55592745

מספר רשיון



194153

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
אתמול נפל מרכב משאית זבל בזמן עבודתו פונה למיון אייכלוב עבר קלירנס ללא עדות לממצא פתלוגי בCT
מלין על כאב צווארי צקריין לראש אוקסיפיטלית מתקשה להירדם בלילה
28/12/2025
היום עדיין כאבים באזור צוואר כתפיים ראש וגב תחתון
נטל ארקוקסיה 90 מ"ג ללא הטבה לדבריו בלילה בזמן תזוזה סובל מאוד.
31/12/2025
היום יוצא לפנסיה- בשעה טובה!
שיחה עם מירב ממאשבי אנוש- צורך בתעודת ת. עבודה- היא מילאה לו בל250
כאבים באזור הצוואר אחורי וראש וזרוע ימין
קיבל זלדיאר בונדורמין וארקוסיה
נעזר קצת בדיקור יבש ואז חזר
06/01/2026
עדיין כאבים צוואריים קיבל כבר זלדיאר, בונדורמין, וארקוקסיה ללא הטבה.



סימנים חיוניים: גובה 164 14/09/2025 משקל 66 14/09/2025 bmi 24.54

לחץ דם 78 / 131 14/09/2025

דופק 80 14/09/2025

14/09/2025 מתאריך 92.6 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 31/12/2025:
23/12/2025
טווח תנועה לא מלא מפיק כאב בתזוזה לצדדים
ללא רגישות במישוש ספינאלי
קסנטלזמות בעיניים
28/12/2025
ROM עדיין ללא טווח מלא להטייה לצדדים
ללא פריחה או סימני חבלה על פני הגב
31/12/2025
מצב כללי טוב ללא שינוי בבדיקתו ללא חסר בתנועה
06/01/2026

קוד	איפיון	אבחנה
A80	עבודה	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/12/2025:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/12/2025:
כאבים מ/א תאונת עבודה
דיקרת טרפזיס
מבקש משה חזק יותר לכאבים ננסה זלדיאר
התחלת פיזיותרפיה- הפניה
כדור שינה ל6 ימים בלבד
משחה טראומיל להרגעת האיזור
ההפניות שהופקו ב 28/12/2025:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
31/12/2025:
לכן טיפול בנוגדי כאבים, משחה וחימום מקומי, עיסוי, חיזוק שרירי ליבה
שילוב של אופטלגין עם NSAIDS פעם ביום, ניתן להעלות מינון זלדיאר ל-2
כדורים ביחד
06/01/2026:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1973		SMOKER
01/01/2016	lt	FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED
01/01/2016		ACCIDENT/INJURY; NOS
16/02/2017		COPD
11/03/2020		FOLIC ACID DEFICIENCY
28/04/2022	FOBT Positive	BLOOD IN STOOLS
10/05/2023	LT susp fx	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
30/07/2023	LT SST IST Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	IPRATROPIUM BROMI INH 0.02MG/I 0.02MG/1INH
ביום	2	שאיפות	1	SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יעל בורנשטיין	194153	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 26/04/2026

סכום ביקור

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.04	מין:	ז
ת.לידה:		20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר			
מס בית:		2 / 17	טלפון:	53- 5304449	טלפון נוסף:	54- 2294794			

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/04/2026

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: אטימות באוזניים

בדיקה גופנית: נוקה צרומן, אוטוסקופיה תקינה דו"צ

אבחנה בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
3804	BIL	CERUMEN

פעולות

פעולות	קוד	כמות
720 הוצאת IMPACTED CERUMEN (דו צדדי)	720	1

סיכום והמלצות

בן 67 פנה בשל אטימות באוזניים, נוקה צרומן תחת מיקרוסקופ. לאחר הניקוי אוטוסקופיה תקינה דו"צ. וובר - מרכזי.



בברכה,

נחתם דיגיטלית

129379

ד"ר יואב נחמן חורב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



013047100129

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

מין: ז 67.05 גיל:

דואר משה

מס' זהות: 00055592745

PRAMIN TAB 10MG

111996059

למשך 7 ימים סה"כ 7 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 01/06/2026 - 31/08/2026



מס' רישיון



194153

טלפון: 03-7917800

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר יעל בורנשטיין

כתובת: האקליפטוס, 11

תחום: רופאת משפחה

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



013047096395

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

דואר משה

מס' זהות: 00055592745

גיל: 67.03 מין: ז

ביקור עקב תאונת עבודה

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 20 ימים סה"כ OP 1

קפליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 30/06/2026 - 31/03/2026



מס' רישיון



194153

טלפון: 03-7917800

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר יעל בורנשטיין

כתובת: האקליפטוס, 11

תחום: רופאת משפחה

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 31/03/2026

- 45 -

הודפס מאתר כללית ב-02.06.2026 בשעה 12:02 בעבור משה דואר. תעודת זהות: 55592745.

תאריך: 31/03/2026

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	דואר משה	מס זהות:	00055592745	גיל:	67.03	מין:	ז
ת.לידה:	20/12/1958	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	אדר	טלפון נוסף:	54 - 2294794	
מס בית:	2 / 17	טלפון:	53 - 5304449					

תאריך תאונה: 22/12/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

כאבים בכתף וצוואר וראש

הממצאים הקליניים:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC

פיזיותרפיה משככי כאבים

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 31/03/2026 עד יום 11/04/2026 (בכלל) סה"כ 12 ימים

31/03/2026

31/03/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יעל בורנשטיין **נחתם דיגיטלית**

התקווה - תל אביב

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 48 עד 48)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

משה דואר - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובע, משה דואר, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, בתחום הכאב ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב ובמסגרת קופת החולים כללית.

בית המשפט הנכבד מתבקש להימנע ממינוי המומחים הבאים: ד"ר נפתלי רובינשטיין, ד"ר אלכס גופמן, ד"ר נחשון רנד, פרופ' ניסים אוחנה, ד"ר אמיר השרוני וד"ר אמיר אמיתי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 50 עד 53)



י פ ו י כ ה

- אני הח"מ, של דגור מס' 5592945, מרחוב י.א. יוסף להיות באי כוחי במשפט של ת.ז. מס' י.א. יוסף את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום י.א. יוסף של ממנה בזה י.א. יוסף נגד י.א. יוסף 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 הכרות 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 ברישומן או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 _____ לחודש _____ 6 שנה 26 _____

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.י. 62254

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה רז שם פרטי שרה תעודת זהות 55592745 שם האב _____
 רחוב 76 מס' 17 עיר ת"א מיקוד _____ טלפון _____

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: _____ מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 15.6.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
 חתימה: _____ חתימה: _____
 62254.מ.ר.