



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

23 ספטמבר 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 06/02/2026
הנפגע: תומר פרידמן, ת"ז 325701084

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

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



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה ליוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה ליוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
פרידמן	תומר	325701084
מין	עיסוק	תאריך לידה
זכר ☒	שכיר ☐ מתנדב ☒ עצמאי ☐	21/10/2003

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
8		5	תל אביב יפו	6291049
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
036054361	0547376226	tomerfr2003@gmail.com		

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה
06/02/2026
פרטים על הפגיעה במהלך משחק כדורגל רשמי, פציעת ברך שכללה קרע במינסקוס

3

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות מספר עוסק 325701084					
טלפון		036054361			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
קוסובסקי	5		8	תל אביב	
המקצוע ערב הפגיעה: שחקן ומאמן כדורגל					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐			
שב"ס ☐			
משטרה ☐			
משמר הכנסת ☐			
משמר אזרחי ☐			
אחר ☐			
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט איכילוב בתל אביב ומדיקל סנטר הרצליה		
שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן, פרט מצ"ב ☒ לא ☐		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח _____ מכבי		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

רצ"ב תיעוד רפואי

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים ברגל ובברך ימין	
כאב והגבלה ביישור וכיפוף הברך	
קושי בדריכה	
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:	

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?
☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

אם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?
☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע עורך דין אריאל פרייברג	כתובת דרך אבא הלל 7 רמת גן	טלפון 037412358
---	-------------------------------	--------------------

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

תומר פרידמן

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	דיזנגוף	806	34776016

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיפקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה * _____ חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועץ למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר www.btl.gov.il ! < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצד ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך _____ חתימת התובע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 325701084	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2026 02 06
שם משפחה פרידמן	שם פרטי תומר	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____

תאריך ושעת ההדפסה: 18:10 06/02/2026
חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY
UNIVERSITY MEDICAL CENTER (ICHILOV)
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי האוניברסיטאי
תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב)
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רופא (מהלכים)

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' מרקוביץ מיכאל מ.ר. 143791	אח/ות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: פרידמן	שם פרטי: תומר	ת.ז.: 325701084
תאריך לידה: 21/10/2003	גיל: 22	טלפון: 054-7376226
מין: זכר	מבוסס בקופה: מכבי	כתובת: קוסובסקי 8/5 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6291049

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 06/02/2026 14:29 מספר מקרה: 13648608

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 22

בריא

ספורטאי

לדבריו ידוע על פגיעה בברך אך לא ברור איזה (יתכן פריקות פיקה)
כעת פנה למיון עקב כאב בברך לאחר חבלה סיבובית במהלך משחק כדורגל
בבדיקתו:

רגל במנח כיפוף, קושי ביישור
ברך ימין ללא דפורמציה או סמני חבלה
פיקה מרכזית
ללא רגישות גרמית מסביב לברך
NV דסטלי שמור

בבדיקה חוזרת לאחר נטילה שיכון כאב
ללא תפליט, נפיחות מינמלית בברך
ללא רגישות גרמית
רגישות מעל הסדק המפרקי הטרלי
מגיע ליישור מלא אקטיבי, כיפוף מלא
לחמן מגירה קדמי אחורי שלילי
ללא פתיחה בסטרס VV
NV דסטלי שמור

ציולם - ללא עדות לממצא גרמי חריף

משוחרר עם המלצות הבאות:

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CONTUSION OF KNEE	924.11			✓			

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
ASSIVAL TAB 5 mg	Once	15:47 06/02/2026 אסרף טל	TAB 5 mg P.O
KETOROLAC INJ 30mg/1ml inj 30 mg	Once	15:47 06/02/2026 אסרף טל	inj 30 mg I.V

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: *מעקב רופא אורתופד/ביקורת מרפאת ספורט טלפון 036974000 לאחר ביצוע MRI ברך ימין בהקדם האפשרי.
*חבישת מרופדת- יש להסיר לפני השינה.

*רגל מורמת.

*קירור מקומי.

*שיכון כאבים לפי הצורך.

*דריכה לפי כאב

*חופשת מחלה 7 ימים.

*ביקורת אורתופד בקופ"ח עוד שבוע להערכה חוזרת.

*בהחמרת כאב, נפוחות בברך באופן משמעותי יש לשוב לבדיקת רופא.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לגפילות במבוגרים			10 ימים	X 3 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

רפואה משחררת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
06/02/2026 18:09	רופא/ה משחרר/ת	דר' טאהר אחמד מ.ר. 166396

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותן 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>



Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, 4685107
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי דר' מורג גיא 14:22
17/02/2026

סיכום ניתוח

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
שם האב:	יהושע	תאריך לידה:	21/10/2003	מין:	זכר
כתובת:	קוסובסקי 8, תל אביב-יפו	טלפון:		גורם מממן:	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מחלקה:	חדר ניתוח	טלפון נוסף:	0547376226		

תאריך הניתוח: 17/02/2026

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' מורג גיא מ.ר. 31446

אנדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

בן 22, בריא בד"כ
12.2.2026 - חבלה סיבובית ברך ימין לפני כ- 6 ימים, הברך ננעלה
מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך
לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן
לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי
הפעם הברך לא השתחררה
לאחר מכן חזר לפעילות
עבר MRI
ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטרי
מתקבל לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי

זמני ניתוח

שעה פירוט

אבחנה נוכחית לפעולה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
8361 > Tear Of Lateral Cartilage Or Meniscus Of Knee, Current	8361	Right					

שם הניתוח

שם הניתוח	קוד	צד	שיטה ניתוחית	תאריך	עיקרי	גניקולוגי	כמות
ARTHROSCOPY OF KNEE	8026	Right		17/02/2026	✓		1
SUTURE OF MENISCUS	8195	Right		17/02/2026			1

הרדמה

הרדמה: כללית

סוג הרדמה: Balance נתיב אוויר: LMA מספר: 4

הערות על נתיב אוויר:

easy mask ventilation bilateral breathing sounds uneventfull laryng. masc insertion

הערות במהלך ההרדמה:

GA isoflurane+N2O+O2

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל: פרידמן תומר מספר זיהוי: 325701084 מספר תיק: 10416593

פרטי הזנה	פורמט ניתוח	מהלך הניתוח וממצאים
הוזן ע"י: דר' מורג גיא מ.ר. 31446 בתאריך: 17/02/2026 14:22	פורמט ניתוח:	ממצאים: קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH מהלך הניתוח: טווח – מוגבל ביישור, יציבות שמורה בהרדמה כללית עם מסכה לרינגאלית, בדיקה בהרדמה – כנ"ל, קיבל 2000 מ"ג צפהמיזין טרם תחילת הניתוח. רחצה וכיסוי כמקובל. טורניקט כ-18 דקות כניסה ארטרוסקופית כמקובל דרך פורטל אינפרולטרלי ואינפרו מדיאלי בסקירת הברך: מפרק פטלופמורלי – תקין מדור פנימי: מניסקוס – תקין, סחוסים תקינים רצועות - רצועות תקינות. מדור חיצוני – סחוסים תקינים, קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH עבר רדוקציה של הקרע ותפירת הקרע בקרן האחורית בעזרת 5 תפרי TRUESPAN - יציב מאוד שטיפות, שאיבת הנזל והזרקת מרקאין ללא אדרנלין ו- MO. סגירת עור בניילון 3/0, חבישה מרופדת, סד צירים נעול ביישור הערה אקסטובציה והעברה להתעוררות מהלך ניתוחי תקין

איבוד דם

האם היה איבוד דם במהלך הניתוח: לא

לא

פתולוגיה

נשלחה פתולוגיה: לא

מסמכים נלווים

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' מורג גיא מ.ר. 31446	רופא מומחה	17/02/2026 14:22

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, 4685107
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי דר' מורג גיא 14:26
17/02/2026

סיכום אשפוז

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
שם האב:	יהושע	תאריך לידה:	21/10/2003	מין:	זכר
כתובת:	קוסובסקי 8, תל אביב-יפו	טלפון:		גורם מממן:	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מחלקה:	חדר ניתוח	טלפון נוסף:	0547376226		

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' מורג גיא מ.ר. 31446

תאריך קבלה: 17/02/2026 11:50

תאריך שחרור: 17/02/2026 17:22

אבחנה נוכחית לפעולה

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Right	8361	8361 > Tear Of Lateral Cartilage Or Meniscus Of Knee, Current

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

תופעות לוואי לתרופות

14:13 17/02/2026

תופעת לוואי לתרופה: לא

אינדיקציות לניתוח והיסטוריה של מחלה נוכחית

בן 22, בריא בדרכ

12.2.2026 - חבלה סיבובית ברך ימין לפני כ- 6 ימים, הברך ננעלה

מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך

לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן

לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי

הפעם הברך לא השתחררה

לאחר מכן חזר לפעילות

עבר MRI

ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטלרי

מתקבל לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי

שם הניתוח

כמות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
1		✓	17/02/2026		Right	8026	ARTHROSCOPY OF KNEE
1			17/02/2026		Right	8195	SUTURE OF MENISCUS

בדיקה גופנית

12.2.2026 - ברך ימין נעולה בכ- 40 מעלות, כיפוף כמעט מלא

רגישות לטלרית

יצביות תקינה

ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטלרי

תיאור הניתוח ומהלך לאחר ניתוח

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל: פרידמן תומר מספר זיהוי: 325701084 מספר תיק: 10416593

ב- 17.2.2026 עבר הניתוח שבכותרת בו נצפה בסקירת הברך: מפרק פטלופמורלי – תקין
מדור פנימי: מניסקוס – תקין, סחוסים תקינים
רצועות – רצועות תקינות
מדור חיצוני – סחוסים תקינים, קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH
עבר רדוקציה של הקרע ותפירת הקרע בקרן האחורית בעזרת 5 תפרי TRUESPAN - יציב מאוד
מהלך ניתוחי תקין, בסוף הניתוח הברך קובעה בסד צירים נעול ביישור
במחלקה ללא ארועים מחריגים
משתחרר לביתו במצב כללי טוב לאחר שקיבל הסבר והדרכה
סיכום מהלך האישפוז כולל אירועים ובדיקות מיוחדות
בדיקות דימות במהלך האשפוז: לא בוצע

מהלך האשפוז: תקין

תרופות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓		60	1	10 ימים	2 X 3 ביום	1 tab	P.O	ZALDIAR (37.5+325) mg (TraMADol HCL^PARACETAMOL)
✓		14	1	14 ימים	1 X 1 ביום	90 mg	P.O	ARCOXIA (Etoricoxib)
✓		14	1	14 ימים	1 X 1 ביום	40 mg	S.C	CLEXANE (ENOXAPARIN)
✓	כדור טרג'ין עשר פעמיים ביום למשך עשרה ימים. סך הכל עשרים כדורים	20	1	10 ימים	1 X 2 ביום	1 tab	P.O	TARGIN-10 (oxyCODONE NALOXONE)

מצב המטופל במועד השחרור

משתחרר במצב יציב

המלצות בשחרור והמשך מעקב לאחר השחרור

המלצה: חבישה כפי שבוצעה למשך 48 שעות, לאחריהן הורדת חבישה, שטיפת הברך במים זורמים והחזרת חבישה אלסטית.

נוגדי כאב - אקמול או אופטלגין 500 מ"ג עד 4 פעמים ביום. בנוסף ZALDIAR 37.5 כדור אחד עד שניים כ-3 פעמים ביום. טרג'ין 10 מ"ג עד פעמיים ביום למשך 10 ימים
ארקוקסיה 90 מיליגרם פעם ביום לאחר האוכל למשך כ-14-10 יום.
זריקת קלקסן 40 מיליגרם תת-עורי חד יומי לשבועיים.
הליכה עם קביים בדריכה מלאה עם סד נעול ביישור
זקוק למכשיר CPM בביתו להפעלה 3 פעמים ביום כל פעם כ- 45-60 דקות.
תחילת פיזיותרפיה בהקדם האפשרי לטווחים לפי הפרוטוקול
ביקורת במרפאתי והוצאת תפריים כשבועיים ממועד הניתוח.
חופש מחלה במשך 6 שבועות.

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
------------	-------------	-------------	-----------	-----------	----------

-במקרה של עליית חום, תפיחות חריגה של הברך, כאב מתגבר או אודם מקומי - נא לפנות בהקדם במרפאתי או בטלפון: 052-426-6351.

לפניה בנושאים רפואיים לאחר הניתוח / פעולה
אנחנו פה בשבילך 24/7
"מוקד מעקב והחלמה" הרצליה מדיקל סנטר
03-7166190

מסמכים נלווים

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' מורג גיא מ.ר. 31446	רופא מומחה	17/02/2026 14:22

ד"ר גיא מורג
מומחה לכירורגיה אורטופדית
רשיון מס. 31446 רשיון מומחה 20559

שם פרטי: תומר	שם משפחה: פרידמן	ת.ז./מספר מזהה: 325701084
גיל: 22.3 21/10/2003	טלפון נייד: 0547376226	
חברת ביטוח:	קופ"ח:	

תאריך: 12/02/2026 שעה: 11:45

תלונה עיקרית:

בן 22, בריא בד"כ
12.2.2026 - חבלה סיבובית ברך ימין לפני כ- 6 ימים, הברך נעלה
מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך
לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מיידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן
לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי
הפעם הברך לא השתחררה
לאחר מכן חזר לפעילות
עבר MRI

בדיקה גופנית:

12.2.2026 - ברך ימין נעולה בכ- 40 מעלות, כיפוף כמעט מלא
רגישות לטרלית
יצביות תקינה ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי
קיבל הסבר
זקוק לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי
קיבל הסבר על הניתוח וזמני ההחלמה כולל הצורך בסד צירים לחודש וחצי

סכום והמלצות:

- 1- זקוק לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי
 - 2- יתאם מול לירן 0523340055 בהקדם
 - 3- טרם הניתוח יש לבצע בדיקות מצורף דף הנחיות
 - 4- הניתוח יתבצע במדיקל סנטר הרצליה בתאריך 17/02/26
- הוראות להמשך:** לתיאום ניתוח יש לתאם עם לירן 0523340055

בברכה,
ד"ר גיא מורג
מומחה לאורתופדיה

תאריך: 11/03/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034800



ד"ר אלעזר אליזבטה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5462534

פקס: 03-5444112

כתובת: בבלי 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 325701084

שם פרטי: תומר

שם משפחה: פרידמן

טל. עבודה/נייד: 0547376226

03-6054361

טלפון:

מין: ז

21/10/2003

ת.לידה:



0325701084

קוסובסקי 8/5, תל אביב-יפו

כתובת:

מיקוד 6291049

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
יהושע	עצמאי	כ	פרידמן תומר	שחקן כדורגל
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
06/02/2026	13:00	שיחק כדורגל		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
ברך ימין	דר גיא מורג	12/02/2026		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 08/02/2026 בשעה 10:48:49
שחקן כדורגל מקצועי, בליגה ב'
ב 06.02 בשעה 13, בזמן משחק כדורגל, סיבב את הברך ימין- לא היה מסוגל לקום מהדשה. נלקח למיון, בצילום ללא
ממצא. הומלץ על ביצוע MRI. דריכה לפי כאב- אבל הוא לא יכול, נייד עם קבועים.

בביקור בתאריך 11/03/2026 בשעה 15:49:36
ב MIR נמצע קרע במניסקוס במנסקוס חיצוני, ב 17.02.26 עבר ניתוח תיקון.
כבר נמצא בפיזיותרפיה.
חופש מחלה חודש וחצי

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 11/03/2026 בשעה 15:49:36

אבחנה:

- TEAR OF MENISCUS OF KNEE
- KNEE ARTHROSCOPY Right
- SUUTURE OF MENISCUS

הטיפול שניתן על-ידינו: ניתוח, פיזיותרפיה משככי כאבים

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/03/2026

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר אלעזר אליזבטה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5462534

פקס: 03-5444112

כתובת: בבלי 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 325701084

שם פרטי: תומר

שם משפחה: פרידמן

טל.עבודה/נייד: 0547376226

03-6054361

טלפון:

מין: ז

21/10/2003

ת.לידה:



0325701084

מיקוד 6291049

קוסובסקי 8/5, תל אביב-יפו

כתובת:

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ד"ר א. אלעזר אליזבטה
מומחית ברפואה פנימית
מ.ר. 34800

במשך: 56 ימים, היינו מיום: 06/02/2026 עד יום: 02/04/2026 (בכלל)

11/03/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.