נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13.11.19

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

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

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט _____

☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מלס	עידו	037400681

מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה (שנה חודש יום)	תאריך עלייה (שנה חודש יום)
5148937	06061975	—

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הפרדס ת.ד 188	17			משמרות	3784000

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0545818184	IDO.matis@gmail.com

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 ס"ב

☐ 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13/11/2019

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה			טלפון קווי
חברת בינוצלה	מנ"כ			0775300595
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
שלום		פרדס-חנה		0775300596
				מס' פקס

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	סוג העיסוק			טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון קווי
				טלפון נייד
				מס' פקס _____

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

נא ציין את מספר תעודת זהות 034567891 ותאריך הפגיעה 13/11/2019

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
13/11/2019 (יום / חודש / שנה)	רב"ע	7:00		

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה דרך ישראל פינקס-חלש כיכר (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך _____ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ירדתי מהאוטובוס, וכדי לכניס לך דרך לצאת ליד ישר עם לקחה אן כרגיל.

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט בדרך לעבודה, שמאלי רגל עכיין הגלגלים ירדתי בסמוך לעבודה וסתמתי את כפות הנהג רגלי נלכדה בדוות בין המדרכה לכפות ונפלתי על הרגל.

האם נכחו עדים בתאונה?: ☒ לא ☐ כן , פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
13/11/2019 (יום / חודש / שנה)	מיכל מושונוב	מנהלת שרה	053-3005595

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)
פנים, רגל, ברך שמאל, דגמי אוטמים חבלים חתכים, שבר בפצעים ומחשמל		מיון הלל יפה חדרה.

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
13/11/2019 (יום / חודש / שנה)	שעה	—	מיון הלל יפה חדרה

קופת חולים שבה אתה חבר

☐ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☒ מאוחדת

☐ אחר _____

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, **(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)**	טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב-	מספר התיק במשטרה
2	האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב **(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)**		
3	**סוג הרכב המעורב בתאונה:**	☒ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר , פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	5 1 2 9 1 3 0 1 מספר רישוי
4	**הרכב בבעלות:**	☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר ____	
	במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____		
5	**פרטי הנהג**	שם ומשפחה עידו מלכה	מספר זהות / דרכון ס"ב 0 3 2 4 0 0 6 8 1
	נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה –	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח חקלאי	מס' פוליסה 3111831827
7	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____		

7 פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין

☐ 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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ *** נא לצרף אישורים מתאימים**

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף *** נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

	מתאריך	עד תאריך
	13 11 2019	20 11 2019
	שנה חודש יום	שנה חודש יום

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

מתאריך	עד תאריך	משעה	עד שעה
שנה חודש יום	שנה חודש יום		
שנה חודש יום	שנה חודש יום		

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 22/11/2019 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

☐ משעה 8:00 עד שעה: 18:00 אך אני מתקלה בביטוח לעבודתי

☐ עבודה במשמרות

9 **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 ✗ _____

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			
מצרחי	כפר-סבא		
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
	כפר-סבא	647	533521

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

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 הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.**

תאריך 28/11/2019 חתימת מקבל התשלום ✗ _____

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

12 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 היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

תאריך 27.11.19 חתימת התובע ✖

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר : ייפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13/11/2019

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ **הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה**

מקום הפגיעה: רחוב דרך שמואל פרדסיה כרכור שעת הפגיעה ___

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: רחוב קדנה 18 פרדסיה כרכור

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: מפעל ומחודה לו, משולם

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
מנכל	בדרך למפעל		
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	

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

☐ **פגיעה בדרך לעבודה:**

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 07:30 איזו משמרת? — הכתובת שבה היה אמור לעבוד? קדנה 18 פרדסיה

☐ **פגיעה בדרך הביתה:** באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

14 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: יומי	העובד הוא: חודשי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים **שנכללו** בשכר ברוטו: סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן

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

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

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

15 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)

16 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

_____

_____

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך_____ תפקיד החותם_____ שם החותם_____ חתימה וחותמת ✗_____

17 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✗_____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13.11.19

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	032400681		13 11 2019 (שנה חודש יום)
שם משפחה		שם פרטי	
[illegible]		[illegible]	

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 אודותיי.

תאריך 28.11.19 חתימת המבוטח ✗ _____

מאוחדת
להיות בריא ולהשאר בריא

תאריך רישום: 13/11/2019
תאריך הדפסה: 13/11/2019

ת.ז:	**1032400681**	שם המבוטח:	**מטיס עידו**	מין:	**זכר**	ביטוח:	**עדיף**	ת.לידה:	**06/06/1975**
		כתובת:	**ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות**			מיקוד:	**37840**	טלפון:	**054-5818184**

מס. טופס
3363005368

הבדיקה הדרושה: **חדר מיון - GNG0032**

תאונת דרכים: לא תאונת עבודה: כן מוכר משרד הביטחון: לא

תלונות החולה:

- היום בדרך לעבודה מעד ברחוב ונפל - נחבל במצח מימין, באף ובשפה עליונה מימין. שולל איבוד הכרה, לא היתה הקאה, ללא אמנזיה.

מתלונן על כאבים באזור החבלות ובצואר
בבדיקתו כעת - בהכרה מלאה, הגיע בכוחות עצמו למרפאה, הליכה יציבה
פצע שפשוף במצח משמאל, פצע עם קרישי דם בגשר האף, נפיחות מקומית וסטיית מחיצה לשמאל, פצע ברירית השפה העליונה מימין
רגישות מעל שרירי הצואר והגב העליון
מופנה לחדר מיון עקב חבלת הראש, לשלילת שבר באף וטיפול בהתאם
יש מקום למתן חיסון נגד טטנוס

אבחנות:

- CONTUSION OF NOSE , r/o fracture
- FALLING
- HEAD INJ
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

רופא/מטפל:	**ד"ר ארון מאור אנבלה**	רשיון:	**23794**
תחום עיסוק:	**רפואה פנימית**		
כתובת:	**הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ**	טלפון:	**04-6639900**

מסמך ממוחשב
חתום דיגיטלית ומאושר
על ידי בורם מאשר
לאמת איזות לחץ כאן!
comsign

Affiliated with the Rappaport Facult
of Medicine, The Technion, Haifa
The State of Israel - Ministry of Health

Hillel Yaffe Medical Center
המרכז הרפואי הלל יפה

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט
הטכניון, חיפה
מדינת ישראל - משרד הבריאות

כתובתינו באינטרנט: http://hy.health.gov.il

ת.ד. 169, חדרה 3810101 | טל. 04-7744477 | פקס. 04-6344776

סודי רפואי

מעודכן ל: 13/11/19, 16:03

טלפון: 04-7744304

מנהל מח': דר. אשקר

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11010766

המידע הכלול 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 בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

מטיס עידו

ת.ז.: 3240068-1 **מין:** זכר **ת.לידה:** 06/06/1975 **גיל:** 44 ש

שם האב: מרדכי **טל1:** 054-5818184 **טל2:** 054-9995968 **שם האם:** מרים

מצב משפחתי: נ + 3 **קופ"ח:** מאוחדת **סוג מבקר:** אזרח

כתובת: משמרות 0, משמרות, 3784000

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת עבודה **גורם מפנה:** מאוחדת **מבטח:** מטיס עידו, 3240068-1

תאריך קליטה במיון: 13/11/19 **שעה:** 10:35

תאריך קליטה בבי"ח: 13/11/19 **שעה:** 10:35

זמן בדיקת רופא: 13/11/19, 12:10

אבחנות נוכחיות

873.40- **OPEN WOUND OF FACE, UNSPECIFIED SITE, UNCOMPLICATED**

אף

780.2 - **SYNCOPE AND COLLAPSE**

802.0 - **NASAL BONES, CLOSED FRACTURE**

959.01- **HEAD INJURY, UNSPECIFIED**

פעולות נוכחיות

99.56 - **ADMINISTRATION OF TETANUS ANTITOXIN**

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שנפל ונחבל בראש ובפנים, אינו זוכר את הנפילה, זוכר שהתעורר עם דימום מגשר האף.

בדיקה גופנית

מצב כללי: יציב המודינמית ונשימתית, צלול ונינוח

ראש וגולגולת: סימן חבלה בחלק הפרונטאלי,

א.א.ג: חתך של כ1 ס"מ בגשר האף, חתך בחלקק הפנימי של השפה העליונה

בית חזה ונשימה: סימטרי. ללא סימני חבלה טריים. כניסת אוויר שווה וטובה. ללא רגישות למגע

לב וכלי דם: קולות לב סדירים ללא אוושות

בטן: רכה ואינה רגישה, ללא סימני חבלה טריים

ייעוצים

סיכום ייעוצים

-- אורטופדיה ---- נו.כבהה ---- 13.11.2019 ---- 14:17 ----

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שהחליק במהלך עבודתו ונחבל בראש, פנים צד ימין.

בבדיקתו:
בהכרה מלאה, חתך ללא דימום פעיל בגשר האף.

גפיים עליונות :
ללא רגישות במישוש לאורך כל הגפיים.
תחושה שמורה וכח גס שמור בכל קבוצורת השרירים. הופמן שלילי דו"צ

עמוד שדרה צווארי :
רגישות קלה במישוש עמוד שדרה צוואר.
תנועה צוואריית ירודה, ככל הנראה על רקע אנטלגי.
הליכה :
תקינה, ללא צליעה.

עבר CT ע"ש צווארי ללא עדות לשבר ללא ממצא גרמי חריג , נראה ישור לורדוזיס

רושם למכה מבודדת בראש
משוחרר מבחינה אורטופדית ללא בעיה חריפה

המשך ייעוצים

ייעוצים רפואיים

13/11/19 14:44 **ייעוץ מלר"ד-א.א.ג - ייעוץ אף אוזן גרון**

שם הגורם המייעץ: דר. דגן, אור

בן 44 בריא
תרופות ורגישויות-א.מ.ל
היום חבלת פנים עקב נפילה
בבדיקתו:
מצב כללי טוב
בדיקה נוירולוגית תקינה
אף-חתך שטחי עם חסר עור על גשר האף ללא יכולת התערבות כירורגית כעת.בנוסף, סטייה לימין עם שקע משמאל
רהינוסקופיה-ללא המטומה ספטלית
אוזניים- ללא BATLLE SIGN על פני אזור המסטואיד, תופיות- ללא המטוימפנום.

טומוגרפיה-שבר אפי ללא שברים נוספים בעצמות הפנים

שוחחתי עם המטופל על האפשרות לבצע רדוקציה אפית בעוד חמישה ימים, המטופל אינו מעונין

לסיכום ללא צורך בהתערבות אאג כעת ללא עניין בהתערבות אאג בעתיד

13/11/19 15:59 **ייעוץ מלר"ד-פנימית - ייעוץ רפואה דחופה**

שם הגורם המייעץ: דר. פסציאנסקי, פבל

מדובר בחולה בן 44 ,בריא בדייכ,אשר נבדק בעקבות נפילה(עלפון?) עם חבלת ראש ביציאה מרכבו בשעות הבוקר.
בבדיקתו-בהכרה מלאה ,ללא כחציין.
המטומה במצח מימין.
חתך שטחי עם דפורמציה של גשר האף.
לב,ריאות,בדיקה נוירולוגית-ב.מ.פ.
בדיקה נוירולוגית תקינה.
ללא סימני נשיכת לשון או אובדן שליטה על סוגרים.
תרשים אקג-62, NSR לדקה,ללא עדות לאיסכמיה חריפה.
לאור האמור,מומלץ לבצע אקו-לב ובדיקת אקו לקרוטיס באופן אמבולטורי.
משוחרר מבחינה פנימית כעת.

דיון וסיכום הקבלה

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שנפל ונחבל בראש ובפנים, אינו זוכר את הנפילה, זוכר שהתעורר עם דימום מגשר האף.
בקבלתו למיון צלול, יציב המודינמית ונשימתית, מדדים חיוניים, מתלונן על כאבים בצוואר.
בבדיקה גופנית- ראש- סימן חבלה בחלק הפרונטאלי, חתך של כ1 ס"מ בגשר האף, חתך בחלקק הפנימי של השפה העליונה ללא ממצאים חריגים נוספים
באק"ג- קצב סינוס זהה לאק"ג קודם
בבדיקות מעבדה- ללא לוקוציטוזיס, המוגלובין 14.5 שאר מעבדה שקטה
Cא ראש- ללא ממצא מלבד שבר בעצם האף.
נבדק על ידי פנימאי אורתופד, ורופא אא"ג (לעיל).
כעת במצב יציב משוחרר.

מאוחדת
להיות בריא ולהשאר בריא

תאריך רישום: 14/11/2019
תאריך הדפסה: 14/11/2019

ת.ז:	1032400681	שם המבוטח:	מטיס עידו	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:	ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות					מיקוד:	37840	טלפון:	054-5818184

מס. טופס
3363005459

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 13/11/2019 עד יום 19/11/2019 סה"כ 7 ימים

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

רופא/מטפל: ד"ר ארון מאור אנבלה רשיון: 23794
תחום עיסוק: רפואה פנימית
כתובת: הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

מסמך מאוחד
התום דיגיטלית מאושר
עד יי' ירום מאשר
למרך אימות לחץ כאן
comsign

www.meuhedet.co.il

תלוש משכורת לחודש 7/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				י ח ש 5 3 19	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	23/23 משולמים/בפועל	191			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
50.00		2,126

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	215	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,013.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	6,759.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	6,759.00
שכר נטו	21,687.00
נטו לתשלום	21,687.00

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	7.5	0.5	8.5
הבראה	1.75	0	2.33
מחלה	21.82	0	23.11

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	421,622	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול			
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	14,879	חייב ב.ל.	411,470		
חייב מ.ה.	421,922	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	12,796.00		
מס הכנסה	125,489	זיכוי גמל	1,509	קה"ל מעביד	8,246.00		
ביטוח לאומי	45,711	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	14,217.00		
גמל 35%	10,241	פטור	0				
ק. השתלמות	2,751	פטור ס '47	0				

בוצע ע"י : ידוידוביץ ושות

בתאריך 02/08/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 8/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				ש ח י 19 4 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	13/21 משולמים/בפועל	106			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
50.00		2,125

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	216	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,013.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	6,759.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	6,759.00
שכר נטו	21,687.00
נטו לתשלום	21,687.00

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	8.5	6.5	3.5
הבראה	2.33	0	2.91
מחלה	23.11	2	22.4

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	450,068	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול	
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	17,004	חייב ב.ל.	439,916
חייב מ.ה.	450,368	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	14,624.00
מס הכנסה	127,502	זיכוי גמל	1,725	קה"ל מעביד	9,424.00
ביטוח לאומי	48,601	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	16,248.00
גמל 35%	11,704	פטור	0		
ק. השתלמות	3,144	פטור ס '47	0		

בוצע ע"י : דוידוביץ ושות

בתאריך 08/09/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 9/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				ש ח י 5 5 18	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	13/22 משולמים/בפועל	110.5			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
47.00		2,126

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	215	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,263.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	7,009.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	7,009.00
שכר נטו	21.437.00
נטו לתשלום	21,437.00

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	3.5	7	-2
הבראה	2.91	0	3.5
מחלה	22.4	2	21.68

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	478,514	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול			
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	19,130	חייב ב.ל.	468,362		
חייב מ.ה.	478,814	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	16,452.00		
מס הכנסה	129,765	זיכוי גמל	1,940	קה"ל מעביד	10,602.00		
ביטוח לאומי	51,491	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	18,279.00		
גמל 35%	13,167	פטור	0				
ק. השתלמות	3,537	פטור ס '47	0				

בוצע ע"י : דוידוביץ ושות

בתאריך 07/10/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 10/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	וותק (י ח ש)	תחילת עבודה
440	2	מטיס עידו	032400681				19 6 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	23/23 משולמים/בפועל	195.5			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
47.00		2,125

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	216	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	7,529.00
שכר נטו	20,917.00
נטו לתשלום	20,917.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,783.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	7,529.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	-2	0	-0.5
הבראה	3.5	0	4.08
מחלה	21.68	0	22.97

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	506,960	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול		
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	21,255	חייב ב.ל.	496,808	
חייב מ.ה.	507,260	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	18,280.00	
מס הכנסה	132,548	זיכוי גמל	2,156	קה"ל מעביד	11,780.00	
ביטוח לאומי	54,381	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	20,310.00	
גמל 35%	14,630	פטור	0			
ק. השתלמות	3,930	פטור ס '47	0			

בוצע ע"י : 'דוידוביץ ושות

בתאריך 06/11/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה