

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

2.1.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: עידן מטיס, ת.ז. 032400681
תאונה מיום 13.11.19

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

2. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

032400681

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מספר אישי בצה"ל	עיסוק	מין
דוד	06	032400681	06061975		שכיר	זכר
			שנה חודש יום		מתנדב	נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
יגור 3. ת. 188	17			שלמה	3784000
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0545818184	@			

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

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
13112019	דוח יצא מהיכר לרופא דדיקור ואנ' נכא' ונחל'ת
שנה חודש יום	

032400691

עמוד 2 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
רחוב/תא דואר					
מס' בית					
כניסה					
דירה					
יישוב					
מיקוד					
טלפון					
המקצוע ערב הפגיעה:					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות			
צה"ל ☐			
משמר הכנסת ☐			
שב"ס ☐			
משא"ר ☐			
משטרה ☐			
אחר ☐			
רחוב/תא			
מס' בית			
יישוב			
מיקוד			
מס' פקס			
טלפון קווי			
טלפון נייד			
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, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

4

פרטי הטיפול רפואי

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

ידי
כף
תא/ק

כאבי ראש וסחרחורת
ירידה בלחץ
כאבים ונפיחה בכתף ימין
קול רגליים, נפיחה בראש ימין, נפיחה

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

כן - חזרתי לאותה העבודה ☒ ואני מתקשה להחזיר

☐ 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

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממוסד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

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

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

☐ אחר

שם גורם מייצג או מסייע

טלפון

כתובת

03-7412357

כרם אלף, ד, רח

ד"ר אהרון מירון

תאריך תחילת התקשרות: 2.1.20

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק		שם הסניף / כתובתו	
מס' סניף		מספר חשבון	
מזרח		533521	
כר		647	

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם 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 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 1.9.20 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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.

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.

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

תאריך 1.9.20 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת 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

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה 13/11/2019 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 032400681	קוד גמלה 11
שם פרטי ר'א	שם משפחה ר'ב'א	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 1.9.20 חתימת המבוטח *

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 ברירת 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

רפא/מטפל:	ד"ר ארון מאור אנבלה	רשיון:	23794
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	04-6639900





סודי רפואי

טלפון: 04-7744304

מעודכן ל: 16:03, 13/11/19

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	טל: 054-5818184	טל: 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: 12:10, 13/11/19		

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

99.56 - ADMINISTRATION OF TETANUS ANTITOXIN

פעולות נוכחיות

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 בחלק 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 קבוצרת השרירים. הופמן שלילי דו"צ

עמוד שדרה צווארי :

רגישות קלה במישוש עמוד שדרה צווארי.

תנועה צווארית 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 נירולוגית 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 בדיכ, 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 נירולוגית-ב.מ.פ.
בדיקה נירולוגית 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 בחלק 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
א ראש- ללא ממצא מלבד שבר בעצם האף.
נבדק על ידי פנימאי אורתופד, ורופא א"ג (לעיל).
כעת במצב יציב משוחרר.

מצב המטופל בשחרור ממיון

טוב

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- * ראה יעוץ אורתופד לעיל.
- * ראה יעוץ רופא א"ג לעיל.
- * ראה יעוץ פנימאי לעיל.
- * משככי כאבים לפי הצורך
- * מעקב רופא מטפל בקהילה
- * במקרה החמרה יש לפנות למלר"ד

חופשת מחלה: 7 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שחרר בליווי _____

חתימה

רופא: אגבאריה, אחמד

16:05 13/11/19

רופא מאשר: דר. דסקל, יעקב

16:05 13/11/19

מספר רשיון:

חתימה: _____

מספר רשיון: 122247

חתימה: _____

החתימה והמספר הרשיון
המספר הרשיון 122247
המספר הרשיון 122247

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' חוק תקנות דמי מחלה אין לציון אבחנה באישור המחלה



רשיון: 23794

רופא/מטפל: ד"ר ארון מאור אנבלה

תחום עיסוק: רפואה פנימית

כתובת: הנחילות 2, מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

www.meuhedet.co.il

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



3363005558

הפנייה לבדיקות שמיעה

הבדיקה הדחשה: **אוזניים-בדיקת שמיעה - 95.4**

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

תלונות החולה:

העתק מ-14.11.2019: נבדק במיון אתמול - CT ראש ועמו"ש צוארי ללא ממצא חולי מלבד שבר בעצמות האף.

אחרי בדיקת אורתופדף נימאי ואא"ג שוחרר לביתו מתלונן על כאבים באזור הפנים, ראש וצלואר + גב עליון ללא סחרחורת היום קיבל חיסון נגד טטנוס - היום כאבים ביד באזור הזריקה. מנוחה בבית שבוע ימים

ביום 03.12.2019: לאחר תאונה, שבר באף לפי אשתו נוחר בלילה, ירדה הנפיחות באף אבל השבר השאיר סטיה של האף שמאלה עם ירידה בנחיר שמאל

מתלונן על ירידה בשמיעה כנראה מהתאונה שיפור בכאבי הצואר ושאר הנפיחות בפנים צריך מעקב אג עוד חודש לאחר בדיקת שמיעה

אבחנות:

- FRACTURE NOSE CLOSED
- HEAD INJ



רשיון: 126277

רפא/מטפל: ד"ר שמואלי שרון

תחום עיסוק: רפואת משפחה

כתובת: הנחילות 2, מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900



04-6991199

ת.ד. 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 3363005558	הפנייה לבדיקות שמיעה
------------------------	-----------------------------

הבדיקה, הדחשה: **אוזניים-בדיקת שמיעה - 95.4**

תאונת דרכים: לא	תאונת עבודה: ק	מוכר משרד הביטחון: לא
-----------------	----------------	-----------------------

תלונות החולה:

העתק מ-14.11.2019: נבדק במיון אתמול - CT ראש ועמו"ש צוארי ללא ממצא חולי מלבד שבר בעצמות האף.

אחרי בדיקת אורתופדף נימאי וא"ג שוחרר לביתו מתלון על כאבים באזור הפנים, ראש וצלואר + גב עליון ללא סחרחורת היום קיבל חיסון נגד טטנוס - היום כאבים ביד באזור הזריקה. מנוחה בבית שבוע ימים

ביום 03.12.2019: לאחר תאונה, שבר באף לפי אשתו נזרר בלילה, ירדה הנפיחות באף אבל השבר השאר סטיה של האף שמאלה עם ירידה בנחיר שמאל מתלון על ירידה בשמיעה כנראה מהתאונה שיפור בכאבי הצואר ושאר הנפיחות בפנים צריך מעקב אאג עוד חודש לאחר בדיקת שמיעה

אבחנות:

- FRACTURE NOSE CLOSED
- HEAD INJ

רופא/מטפל: ד"ר שמואלי שרון	רשיון: 126277	
תחום עיסוק: רפואת משפחה	הנחיות 2, מרכז מסחרי פרדס חנה-כ. טלפון: 04-6639900	

06/06/1975	ת. לידה	עדיף	ביטוח	זכר	מין	מס' עידו	שם המבוטח	1032400681	ת.ז.
054-5818184	טלפון	37540	מיקוד	ד"ר נע מנשה ת.ד. 188 משמנות		כתובת			

מס. טופס

3220000115

הבדיקה הדרושה: מרפאת חוץ אף איזן וגרון - ECG0011

תלונות החולה:

בן 44, ליפני כחודש חבלת ראש עם שבר באף, מהחבלה, גם לאחר שצפצופים חלפו מרגיש שלא שומע טוב באוזן ימין, עבר בדיקת שמיעה, שהיתה תקינה, לא חושב שנשימה אפית השתנתה, אף מהחבלה התחיל לנחור, בנוסף מספר שנים סובל מצרבות וכפעם בחודש מציין אירועים של אוכל שלא עובר בושט, נתקה לכ- 20 דקות ואחר כך הרגשת שחרור, יש לציין שמספר פעמים המטופל גרם והקאה באירועים האלו שלא שחרר מייד את ההרגשה.

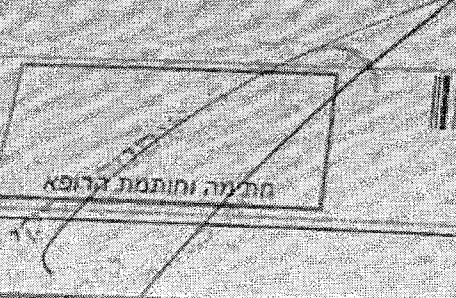
בדיקה גופנית:

אוטוסקופיה תקינה, RINNE חיובי דו צדדי, WEBER מרכזי, FO - חלל האף, מחיצה שבורה וסוטה דו צדדי, לוע אף, ולקולות, היפופרינקס, לרינקס, מיתרי הקול תקינים, ללא ממצא חשוד, סימני רפלוקס 26563253

שאלות לבדיקה:

מופנה למרפאת קול ובליעה

1700505150


חתימה וחותמת הרופא



רשיון: 33321

טלפון: 04-8658555

רופא/מטפל: ד"ר אוסטרובסקי דמיטרי

תחום עיסוק: אף אוזן וגרון

כתובת: חסן שוקרי 5 חיפה

עידו מטיס
0049586, Male
Age: 44
Date of birth: 06/06/1975
Report Date: 30/12/2019
Tester: ABO

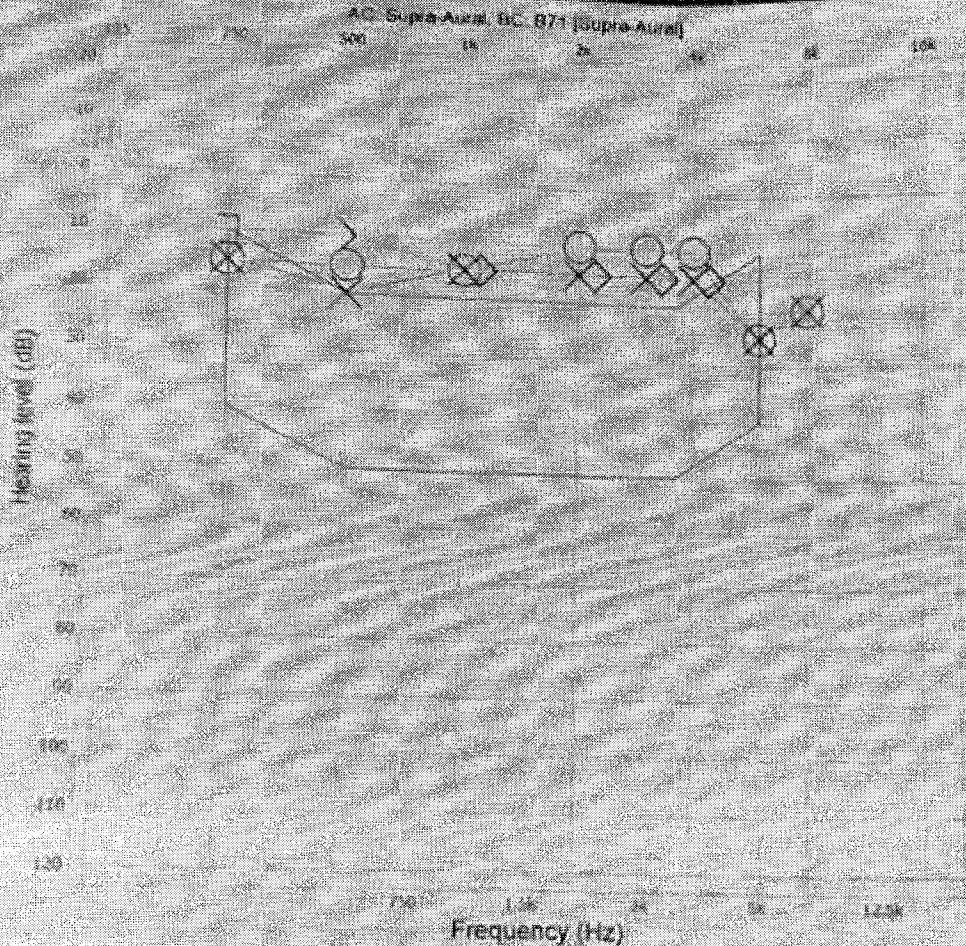
Audio Medic

מדע ההקשבה שיטת אודיו מדיק

Report comments:

עבר תאונה לפני כחודש וחצי עם פגיעת ראש שבר באף ותחושת ירידה בשמיעה. אסימטריית יתר ביססן. טנטון היה נחלף מדי פעם סחרחורת. CT ראש ללא ממצא חולי. סובל מכאבים באזור הצוואר. היסטוריה של פגיעת דםק צווארית. ללא לקויות שמיעה במשפחה. ללא הסטוריה של דלקות או נוזלים באוזניים. ללא חשיפת לרעש.
תוצאות הבדיקה לקוי שמיעה מדורגת SN כחור 26 KHz בלבד. דירג שמיעה בשאר התדרים בגבולות הנורמה. סימפטומטריה לא בוצעה בשל מחסור במצב אוטוסקופי והפנייה רלוונטית.
המלצות להמשיך ביקור א.א.ג. כמו כן ממליץ להעלים את התלונה השמיעתית עם סימפטומטריה.

AUDIOMETRY (30/12/2019)



Reliability

PTA (dB HL) / AI (%)

	AC	BC	AI
Right	13		96
Left	16	13	96

Legend

L	R	Masked
✓	✓	AC
✓	✓	BC
✓	✓	SF
✓	✓	MCL
✓	✓	UCL
✓	✓	NR
PTA		AC 500, 1k, 2k
		BC 500, 1k, 2k
Aud Method:		

BC AC	R	L
BC R		
BC L		60

Speech	SDT	SRT	WRS/SRS 1	WRS/SRS 2	MCL	UCL
	dB HL [m]	dB HL [m]	%	dB HL [m] S/N	%	dB HL [m] S/N
Right		15	100	50		
Left		15	100	50		
Bin						
Note	1 Live		2 Live			
Aided						
Note	1		2			

Signed by:

נגה גדיס
סלינאית תקשורת
מ.ר 13-132610

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>032400671</u>	<u>17</u>	<u>6.6</u>	<u>17</u>	<u>הריוס</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	מס' רחוב
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס'</u>	<u>רחוב</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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 הבריאותי 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 הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 2.1.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ חתימה: _____
(מקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר י. ג. 60, מרחוב ינאי 10, גזריות, מס' 03240067,
ת.ז. מס' 03240067, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום במבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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 2 לחודש 1 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין