

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

(SILVER BUILDING) ABA HILLEL ST 7
RAMAT GAN, 5252204
077-3180983, Fax2mail 03-7412358Tel

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

8.6.23

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף פתח תקוה
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: הישאם קבלאן, ת.ז. 039147400
תאונה מיום 20/9/22

1. מצ"ב טופס תביעה לדמי פגיעה בצירוף תעודות רפואיות ואישור משטרה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממנה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).**
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- 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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

03917400

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

שם פרטי

שם משפחה

03917400

העאמ

קרלסאן

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

@

0506464718

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

מס' זהות איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

קרית אור

19

יקמ

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

תפקיד התובע במקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

מספר פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

כן, פרט:

לא

כן, פרט:

לא

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

סוג העיסוק

שם העסק

סויר דן

קרלסאן העאמ

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

טלפון פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

2009/20/22

שנה חודש יום

היום בשבוע

11:30

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(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 _____

כסות אפיון ציג אנוג זי גלגל יטאטס אפיון גימקיהא אנוג

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט _____

ה"ת' גלגל רתאנוג זלגלית

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

י35 יזילי גשטרג

שם כתובת מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם כתובת מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
אירל ת"ה		שנה חודש יום שעה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

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

5

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ח'ד מ'טל מ'ירל	מ'טל ח'ל ד'ר'ת'ן	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע
------------	---

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל כתובתו מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

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

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

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

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

☐ משעה _____ עד שעה: _____

 עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה x _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	678	678	19040988

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

10

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

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 1.9.23 חתימת התובע X

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: צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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

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

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

2. שם _____ ת.ז. _____

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

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

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

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

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

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

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

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

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

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		ללקופה	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 בעבודה? נא לפרט _____

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

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

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

שוגר טופס 100 : ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

3

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

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

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו☐ לא נצברו ימי מחלה☐ אחר _____☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒ _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:**☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.**מעסיק מאושר לפי סעיף 343:**☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)**קיבוץ:**☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____☒ חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
2009/2022 שנה חודש יום	039147400	60
שם פרטי	שם משפחה	
ר. א. א.	קלמן	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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: 1.5.77 חתימת המבוטח: x

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ר-סאח הילא / 03947400, מרחוב הקצף אז, קרית ארבע,
ת.ז. מס' 03947400 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

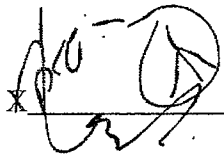
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ לחדש _____ שנה _____

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~מס' רשמי: 62254~~

~~מס' רשמי: 62254~~

~~עורך-דין~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>טלפון</u>
רזק	השאל	039147400	שם האב	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
רחוב	מס'	עיר	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 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 שלחלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____
עו"ד אריאל פרייבג
תאריך: 1.5.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 רשיון: _____ חתימה: _____

הודעה על תאונות דרכים - עם נסיעים / נזק בלבד

הודעת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☒ נפגע | רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

318	3005.83	815	110827	039147400
2506864718	1438	506864718	157	18
2009	30.05.28	MA2A	8376465	
25/3	23	25/3	22	2019
R13	11231K	VAK	9581382	
31/6	22	31/10	21	1/11/21
2037620006	301214			

למלא דף לעמודים בשיחת גבאי/מסערת מלמד:

מס' תיק	תאריך	כחול הימין	חול אדום (החלק 2)
---------	-------	------------	-------------------

2. תיאור התאונה

[illegible]

3. ופועי נוף (פצועים) 47400/039

שם המכשיר	שם המותקן	שם המותקן	שם המותקן
1. מכשיר	1. מכשיר	1. מכשיר	1. מכשיר

4. פרטי כלי רכב מעורבים

[illegible]

STATIONERIES - 100 "

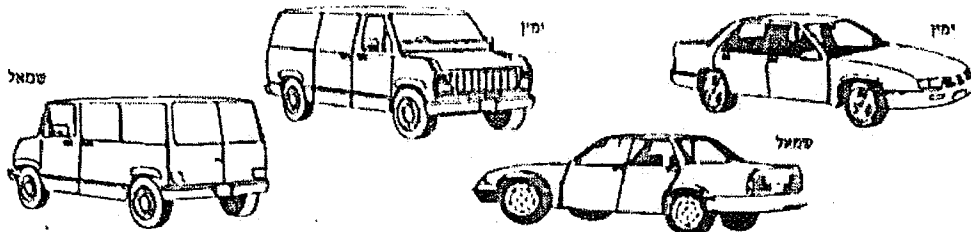
5. תיאור הנזק

■ רכב א'

■ רכב ב'

■ לרכוש אחר (קיר, עמוד חשמל, עמוד טלפון, עץ וכו')

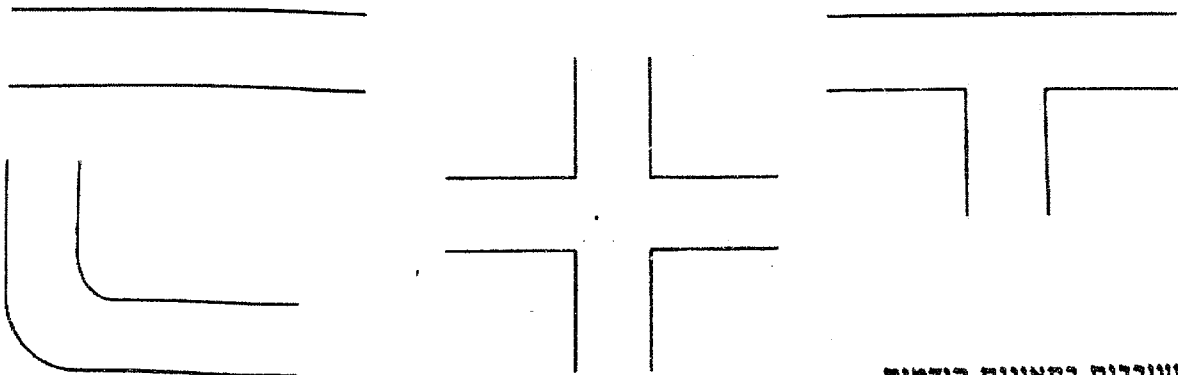
סמן את מקום/מקומות הפגיעה ברכב צד ג' ע"י א' (בחר רכב מתאים)



6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מנויים	טלפון	פלאשק

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמורים)



8. מעורבות בתאונות קודמות

1. בשנת _____ בחודש _____ המקום _____

2. בשנת _____ בחודש _____ המקום _____

9. פרטי השוט

מס' אישי

דרגה

יחידה

חתימה

שם פרטי ושם משפחה
מס' תעודת זהות
המספר הרפואי שיבא

10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן X)

הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

מס' אישי

דרגה

שם פרטי ושם משפחה

תפקיד

חתימה

נוסח חוק על נתיני זיקת האזרחות דרגים

437879/2022

ח.ד. נלל

א

22.09.2022, י"ג אב תשפ"ב, 13:54

מספר תיק חל

מישור זיק

מס' מסמך זיק

חל

מספר הזדהות

111

005044444

005044444

פרטים נוספים

מזהה

מזהה

מזהה

מזהה

ללי המערכת

11.11

מזהה

005044444

מזהה

מזהה

מזהה

מזהה

מזהה

3. פרטי כל הרבה המעורבים:

פרטי הרבה

מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק

מספרים נוספים

שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק

פרטי הרבה

מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק
מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק	מספר זיק

מספרים נוספים

שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק
שם פרטי	שם משפחה	שנת לידה	מספר זיק	מספר זיק

4. פרטי האלי רבלי

5. נכסות נכסות

נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות
נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות
נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות
נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות	נכסות נכסות

משרד המשפטים
22-09-2022
תוונת מטובים

מסר

מסר

בר מזהה

שם המסמך

שם

שם פרטי

1902754

מספר אישי

מקורות המסמך

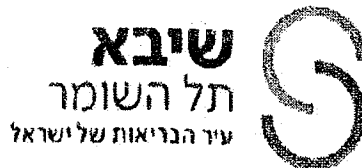
מקום מוצא

מקור מזהה

מקור

מקור

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHIBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.א.א. גב' אונגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

39147400 קבלאן הישאם

בן 39

כתובת: רקפת 18 קרית אונו כניסה. קרית אונו 2499000

מספר קבלה: 03460120092022

תאריך ביקור: 20/09/2022 19:00

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)
- Contusion of hand (923.20) (BOTH)

כריא בדרך כלל

ניתוחים בעבר

S.P. OTHER (1) (01/03/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערה: בן 39, לדבריו מעורב בתאונת דרכים לרכב אופנוע. היה עם קסדה, ללא חבלת ראש, ללא איבוד הכרה. לדבריו נחבל בגפיים עליונות, בקבלתו מלין על כאבים בצוואר וסחרחורת.

סימנים חיוניים

תאריך משעה	כאב
19:27 20/09/2022	7

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר הלוי תום מ.ר. 162227 21:07 20/09/2022

בן 39, ברקע אסתמה מטופלת במשאף. ללא ניתוחים בעברו, ללא רגישות ידועה לתרופות. ביום קבלתו בחזרתו מהעבודה תאונה כרוכב אופנוע כאשר רכב נכנס בו מאחור. מהירות נמוכה עף קדימה ובלם בידיו על הכביש. כעת מלין על כאבים עזים באמה ימין, זרמים באמה פרוקסימלית באספקט רדיאלי, כאב בשורש כף יד שמאל, כאב צוואר וסחרחורת. שולל חבלת ראש, שולל כאבי ראש עזים, בחילות/הקאות, הפרעות בראייה. בבדיקה הולך בחופשיות ללא רגישות ע"ש שמור עצבית לפי AISA שורש כף יד ימין רגישות SB רגישות קלה בהנעה של מפרק שמור NV דיסטלית עם נפיחות מעל אולנה דיסטלית מימין שורש כף יד שמאל כאבים באזור אולנה ללא רגישות משמעותית בהנעה ללא רגישות SB שמור NV דיסטלית בצילומים ללא ממצא גרמי חריץ הושם בגבס ספייקה יד ימין משתחרר בהמלצות הבאות

טוביק מיל 19:51 20/09/2022

בן 39, ברקע אסתמה מטופלת במשאף. ללא ניתוחים בעברו, ללא רגישות ידועה לתרופות. ביום קבלתו בחזרתו מהעבודה תאונה כרוכב אופנוע כאשר רכב נכנס בו מאחור. עף קדימה ובלם בידיו על הכביש. כעת מלין על כאבים עזים באמה ימין, זרמים באמה פרוקסימלית באספקט רדיאלי, כאב בשורש כף יד שמאל, כאב צוואר וסחרחורת. שולל חבלת ראש, שולל כאבי ראש עזים, בחילות/הקאות, הפרעות בראייה. בקבלתו מדדים חיוניים תקינים. בבדיקתו מתהלך בתבנית תקינה, לרבות על בהונות ועקבים. תנועת צוואר חופשית ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמו"ש לכל אורכו, מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוקסימלית צווארית דו"צ. כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בטוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, לפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. גפיים עליונות - טווח תנועה מלא דו"צ, רגישות במישוש שורשי כפות ידיים

מכתב שחרור

39147400 קבלאן הישאם

בן: 39

כתובת: רקפת 18 קרית אונו כניסה: קרית אונו 2489000

מספר קבלה: 03460120092022

תאריך ביקור: 20/09/2022 19:00

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסוף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה גוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ח"צ.המטומה באספקט אולנרי של אמה ימין, ללא רגישות במישוש המרפק. נשלים צילומי אמה ושורש כף יד.

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
20/09/2022 21:35	דר' הלוי תום מ.ר. 162227	*נגד כאבים על פי הצורך	
		*יד מורמת, הפעלת מרפק ואצבעות, לא להרטיב גבס	
		*ביקורת מרפאת כף-יד לאחר השלמת CT ניתן לקבוע תור בטלפון	
		035305000	
		*CT שורש כף יד אמבולטורי דחוף החמון	
		*בכל מקרה של החמרה בתלונות יש לשוב לבדיקת רופא	
		*מנוחה/חופשת מחלה 5 ימים	

021659156

20/09/2022 21:39:46

חתימה:

יגאל שמש

נחתם ע"י: דר' הלוי תום מ.ר. 162227

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי, בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדיון עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרביט/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHERBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

שניא מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מרפאת כף יד

טלפון: 03-5302014

פקס: 03-5302825

מנהל המרפאה: דר' ערמי עמיר מ.ר. 80466

אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם

בן 39 מספר קבלה 21709268

תאריך ביקור: 21/09/2022 12:17

כתובת: רקפת 18 קרית אונו כניסה קרית אונו 2499000

תלונת החולה / תלונת עקרית

בן 39, ברקע אסתמה מטופלת במשך
ללא ניתוחים בעברו, ללא רגישות ידועה לתרופות.

20/9/22 מ"ן -

ביום קבלתו בחזרתו מהעבודה תאונה כרוכב אופנוע כאשר רכב נכנס בו מאחור. מהירות נמוכה. עף קדימה ובלם בידיו על הכביש
נעת מל"ן על כאבים עזים באמה ימין, זרמים באמה פרוקסימלית באספקט רדיאלי, כאב בשורש כף יד שמאל, כאב צוואר וסחרחורת
שולל תבלת ראש, שולל כאבי ראש עזים, בחילות/הקאות, הפרעות בראייה.

בבדיקה

הולך בחופשיות

ללא רגישות ע"ש

שמור עצבית לפי AISA

שורש כף יד ימין רגישות SB רגישות קלה בהנעה של מפרק שמור NV דיסטלית עם נפיחות מעל אולנה דיסטלית מימין
שורש כף יד שמאל כאבים באזור אולנרי ללא רגישות משמעותית בהנעה ללא רגישות SB שמור NV דיסטלית

בצילומים ללא ממצא גרמי חריף

הושם בגבס ספייקה יד ימין

21.9.22 ד"ר שרף -

התקבל לביקורת, מל"ן על כאבים באגודל.

ביצע CT - במעבר שלי עם ד"ר שטיינברגר ישנו ספק שבר בקורטקס דורסאלי באזור ה-waist.

להמשך מעקב וטיפול בגבס עד לפענוח רשמי של ה-CT

בריא בדרך כלל

ניתוחים

S/P OTHER (1) (01/03/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

המלצות כלליות

המלצה: -המשך טיפול בגבס

-ביקורת בעוד 10 ימים (ד"ר שרף).

Matan Sherf

21/09/2022 12:31:11

מתן שרף

חתימה:

Doc. Sign.

נחתם ע"י: דר' שרף מתן

אם במהלך הבירור והטיפול בר נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במל"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.



שיבא מרכז רפואי איקוטי מצטיין

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם

חסי רפואי

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 12:31 21/09/2022

Radiology Report

Patient Name: KABLAN HISHAM
Patient ID: 39147400
Patient Birth Date: 30-May-1983
Referring Physician: Halevy Tom

Report Date: 25-Sep-2022 12:24
Accession No.: 4015011374126
Report Status:
Reason For Study:

פרטי הבדיקה - תאריך: 21/09/2022 מספר: 4015011374126

שורש כף יד ימין

סיבת פניה: חשד לשבר בסקאפואיד.
טכניקה: בצוועה סריקה אקסילאית ושחזורים קורנל וסגטלי.
אין ביבי בדיק CT להשוואה.
תוצאות:
יד בגבס.
ללא עדות לקו שבר ברור בעצם הסקאפואיד. מדרגה בקורטקס אחורי אך ללא חוסר סידור בטרבקורלום הסמוכות: 202-100.
שבר תלישה קטן בחלק דורסלי של עצם טריקורטרום. 201-63.
ללא שבר ברדיוס ואולנה דיסטלים. ואריאנט אולנה נוטראל.
זיז גרמי בסטילואיד של אולנה ושל הרדיוס מחשיד לשינויים ניונים במפרק רדיוקארפלי. ללא פריקה או תת פריקה של מפרק DRUJ.
מרחק בין סקאפואיד ולונייט בגדר הנורמה עמדת לונייט שמורה לל DIDI.
לסיכום:
שבר תלישה של טריקואטרום.
אי סדירות קורטיקלית בעצם סקאפואיד, ללא עדות בורה לשבר, יתכן שב דחיסה קטן בסקאפואיד.

תאריך אשרור: 25/9/2022

מספר רשיון: 38249

אושר על-ידי: ד"ר מרים שטרן

Medical Disclaimer

The images included in this E-Mail Module message are compressed reproductions of key images of a complete case study, which, though viewable, are not of diagnostic quality and are not designed nor intended to replace original images. The compressed images included in this E-Mail Module message are not designed nor intended to become a permanent part of any patient's medical record. Original images of the full case study such as X-Rays, MRI's, CT scans, and other diagnostic materials, should be reviewed by the user or other medical professionals for a final diagnosis and determination of medical care or treatment.

Carestream Health expressly disclaims any and all liability for injury of any kind (including economic injury or injury to person or property) and for damages of any kind (including direct, incidental, and consequential damages) resulting directly or indirectly from the use of any information, images, or other materials contained in the E-Mail Module message.

Confidentiality

The information contained in this E-Mail Module message is CONFIDENTIAL PATIENT MEDICAL INFORMATION and, as a user of this E-Mail Module message, you agree to treat the information as such, in accordance with all applicable state and federal laws and regulations governing the use and protection of such CONFIDENTIAL PATIENT MEDICAL INFORMATION. Carestream Health is not responsible for and hereby disclaims all responsibility and liability for the subsequent use and continued protection of CONFIDENTIAL PATIENT MEDICAL INFORMATION provided to, or viewed by users of this E-Mail Module message.

Produced by E-Mail Module, Carestream Health product

יום ראשון 02 אוקטובר 2022 עמוד 1 מתוך 1

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
תל-השומר 52621, ישראל

ש"ב מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מרפאת כף יד

טלפון: 03-5302014
פקס: 03-5302825

מנהל המרפאה: דר' ערמי עמיר מ.ר. 80466
אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם
בן 39 מספר קבלה: 21749449
תאריך ביקור: 02/10/2022 13:14
כתובת: רקפת 18 קרית אונת . כניסה . קרית אונת 2499000

תלונת החולה / תלונה עקרית

בן 39, ברקע אסתמה מטופלת במשאף.
ללא ניתוחים בעברו, ללא רגישות ידועה לתרופות.

20/9/22 מין-

ביום קבלתו בחזרתו מהעבודה תאונה כרוכב אופנוע כאשר רכב נכנס בו מאחור. מהירות נמוכה. עף קדימה ובלם ביד על הכביש.
נעח מלן על כאבים עזים באמה ימין, זרמים באמה פרוקסימלית באספקט רדיאלי, כאב בשורש כף יד שמאל, כאב צוואר וסחרחורת.
שולל חבלת ראש, שולל כאבי ראש עזים, בחילות/הקאות, הפרעות בראייה.

בבדיקה

הולך בחופשיות

ללא רגישות ע"ש

שמור עצבית לפי AISA

שורש כף יד ימין רגישות SB רגישות קלה בהנעה של מפרק שמור NV דיסטלית עם נפיחות מעל אולנה דיסטלית מימין
שורש כף יד שמאל כאבים באזור אולנרי ללא רגישות משמעותית בהנעה ללא רגישות SB שמור NV דיסטלית

בצינוריים ללא ממצא גרמי חריץ.
הושם בגבס ספייקה יד ימין

21.9.22 ד"ר שרף-

התקבל לביקורת, מלן על כאבים באגודל.

ביצע CT - במעבר שלי עם ד"ר שטיינברגר ישנו ספק שבר בקורטקס דורחאלי באזור ה-waist.

להמשך מעקב וטיפול בגבס עד לפענוח רשמי של ה-CT

2.10.2022 - דר סלצר

חבלה לפני שבועיים.

לפי הפענוח הרשמי של ה CT: שבר תלישה של טריקואטרום. אי סדירות קורטיקלית בעצם סקאפואיד, ללא עדות ברה לשבר.
יתכן שב דחיסה קטן בסקאפואיד.

הגבס הוסר. בבדיקה רגישות שורש כף יד אולנרית, מתאים למיקום השבר מעל הטריקואטרום. ללא רגישות ב SB או סקפואיד
טוברקל. רגישות סביב מפרק ה MCP, מעל ה UCL. בוצע קיבוע בגבס קל כולל אגודל - TS.

בריא בדרך כלל

ניתוחים

S/P OTHER (1) (01/03/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת עוד שבועיים וחצי מרפאת כף יד עם צילום עדכני כאן
יש לתאם רפוי בעיסוק לעוד שלושה שבועות בקופת

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם

חסידי רפואי

Anna Seltsier
02/10/2022 13:47:26


חתימה:

נחתם ע"י דר' סלצר אנה מר. 117200

אם במהלך הבריור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

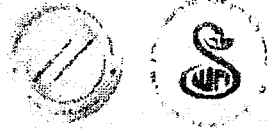
כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בביה החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 13:47 02/10/2022

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

מרפאת כף יד

טלפון: 03-5302014
פקס: 03-5302825

מנהל המרפאה: דר' ערמי עמיר מ.ר. 80466
אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם
בן: 39 מספר קבלה: 21799761
תאריך ביקור: 19/10/2022 09:39
כתובת: רקפת 18 קרית אונז כניסה. קרית אונז 2499000

תלונת החולה / תלונה עקרית

בן 39, ברקע אסתמה מטופלת במשאף.
ללא ניתוחים בעבר, ללא רגישות ידועה לתרופות.

20/9/22 מ"ן.

ביום קבלתו בחזרתו מהעבודה תאונה כרוכב אופנוע כאשר רכב נכנס בו מאחור. מהירות נמוכה. עף קדימה ובלם בידיו על הכביש.
נעת מל"ן על כאבים עזים באמה ימין, זרמים באמה פרוקסימלית באספקט רדיאלי, כאב בשורש כף יד שמאל, כאב צוואר וסחרחורת.
שולל חבלת ראש, שולל כאבי ראש עזים, בחילות/הקאות, הפרעות בראייה.

בבדיקה

הולך בחופשיות

ללא רגישות ע"ש

שמור עצבית לפי AISA

שורש כף יד ימין רגישות SB רגישות קלה בהנעה של מפרק שמור NV דיסטלית עם נפחות מעל אולנה דיסטלית מימין
שורש כף יד שמאל כאבים באזור אולנרי ללא רגישות משמעותית בהנעה ללא רגישות SB שמור NV דיסטלית

בצילומים ללא ממצא גרמי חריץ
הושם בגבס ספייקה יד ימין

21.9.22 ד"ר שרף-

התקבל לביקורת, מל"ן על כאבים באגודל.

ביצע CT - במעבר שלי עם ד"ר שטיינברגר ישנו ספק שבר בקורטקס דוראלי באזור ה-waist.

להמשך מעקב וטיפול בגבס עד לפענוח רשמי של ה-CT

2.10.2022 - דר סלצר

חבלה לפני שבועיים.

לפי הפענוח הרשמי של ה CT: שבר תלישה של טריקוטרם. אי סדירות קורטיקלית בעצם סקאפואיד, ללא עדות ברורה לשבר, יתכן שב דחיסה קטן בסקאפואיד.

הגבס הוסר. בבדיקה רגישות שורש כף יד אולנרי, מתאים למיקום השבר מעל הטריקוטרם. ללא רגישות ב SB או סקפואיד
טוברקל רגישות סביב מפרק ה MCP, מעל ה UCL. בוצע קיבוע בגבס קל כולל אגודל - TS.

19.10.2022 - דר סלצר

חודש אחר החבלה. בצילום ללא עדות ברורה לשבר (נמו בצילומים קודמים, השבר של הטריקוטרם נראה רק ב CT). מדווח על שיפור בכאבים בתוך הגבס, אינו כאוב נעת.

הגבס הוסר. בדיקה - רגישות מנימלית אולנרי. ללא רגישות רדיאלית או מעל ה SB. רגישות דורסלית מעל MCPJ. ללא פתיחה בסטרס של UCL בהשוואה ליד נגדית.

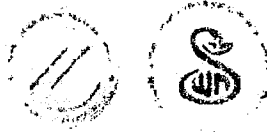
בריא בדרך כלל

ניתוחים

S/P OTHER (1) (01/03/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים



שיבא - מרכז רפואי אקדמי ומעטין

סיכום ביקור

39147400 קבלאן הישאם

חשוי רפואי

המלצות כלליות

המלצה: מייצב אגודל RIZHLOC למשך שבועיים
ביקורת מרפאתנו לפי הצורך
ריפוי בעיסוק מיידי בקופח - שיפור טווחי תנועה וחזקת יד ימין

Anna Seltser
19/10/2022 09:58:02

ד"ר סלצר

נחתם ע"י: ד"ר סלצר אנה מ.ר. 117200

מרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא תל-אביב
ד"ר אנה סלצר
חתימה
מ.ר. 117200
מ.ר. 37266
43958

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד נהנה בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים.

דע את זכויותיך! הנה זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך
הקשורה לאשפוז זה. מצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 19/10/2022 09:57

קריאת חמידע רפואי המצורף ללא ליווי של חרופא חמטפל
עשויה לגרום לחבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן
מומלץ לקרוא את חמידע יחד עם חרופא חמטפל, אשר
יסביר אותו, ואת חמשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות
טיפול.
מומלץ להעביר עותק של כל חמידע רפואי לרופא חמטפל.

לכבוד:

שם המטופל: קבלאן חישאם

ת.ד: 39147400

HISHAM KABLAN

טל' ראשון: 050-6864718
טל' שני: 050-6864718

תאריך לידה: 30/05/1983
מין: זכר

כתובת: רקפת 18 קרית איתו
קרת אותו 2499000

פרטי הבדיקה - תאריך: 21/09/2022 מספר: 4015011374126

שורש כר"ד יימין

סיבת פניה: חשד לשבר בסקאפואיד.
טכניקה: בצומת סריקה אקסילאית ושחזורים קורונל וסגטלי.
אין ביבי בדיק CT להשוואה.
תוצאות:
יד בגבס.
ללא עדות לקו שבר ברור בעצם הסקאפואיד. מדרגה בקורטקס אחורי. אך ללא חוסר סידור בטרבקורלום
הסמוכות: 100-202
שבר תלישה קטן בחלק דורסי של עצם טריקורטרומ. 201-63.
ללא שבר ברדיוס ואולנה דיסטלים, ואריאנט אולנה נוטרל.
זיז גרמי בסטילואיד של אולנה ושל הרדיוס מחשיד לשנינונים ניונים במפרק רדיוקארפלי. ללא פריקה או תת
פריקה של מפרק DRUJ.
מרחק בין סקאפואיד ולונייט בגדר הנורמה עמדת לונייט שמורה לל DIDI.
לסיכום:
שבר תלישה של טריקואטרומ
אי סדירות קורטיקלית בעצם לסקאפואיד, ללא עדות בורה לשבר, יתכן שב דחיסה קטן בסקאפואיד.

אושר על-ידי ד"ר ימיר שטרן מספר רשיון: 38249 תאריך אשרור: 25/9/2022

טלפון לבירורים: 03-5302378
מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הרדיומדיקה "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

30/05/1983

ת.לידה:

מאוחדת

זכר ביטוח:

מין:

קבלאן הישאם

שם המבוטח:

ת.ז. 1039147400

050-6864718

טלפון:

55408

מיקוד:

רקפת 00018 קרית אונו

כתובת:



רגישות מעל פולה 1 אצבע 4 יד ימין וגם באגודל ימין , תנועות אצבעות חופשיות עם כאב, ללא נפיחות בשורש כף יד ימין ואצבעות רגישות מעל שורש כף יד ימין, תנועות מוגבלות ומלוות בכאב

אבחנות

CONTUSION HAND right

PAIN FINGER right , thumb

הפניות

מופנה אל : כירורג כף יד

הפניות למכונים

צילום אצבע/ות יד

צילום שורש כף יד

23.2.23

חבלה 20.9.22

טווח מלא שורש כף יד ימין

כאב ורגישות IPJ אגודל ימין

צילום 26.1.23 אגודל ימין תקין

מפרק MCPJ1 יציב כולל UCL RCL

טווח כמעט לגמרי מלא IPJ

לציין VERY EARY RT RING TRIGGER FINGER

- חימום מקומי

מופנה לPT כולל אמבטיות פרפין + הפעלה

אבחנות:

- CONTUSION UNS SITE right , thumb

חתימה וחותמת הרופא



רשיון: 31475

רופא/מטפל: ד"ר ויגלר מרדכי

תחום עיסוק: אורתופדיה כף יד

טלפון: 03-6159600

כתובת: הרב לנדא יעקב 4 בני ברק

www.meuhedet.co.il