

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

29.6.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: סופי סורג'ון, ת.ז. 058616509
תאונה מיום 13.4.23

1. מרשתי שבנדון נפגעה בתאונת עבודה בתאריך 13.4.23.
2. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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, לפטרים 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 24 לחודש 5 שנה 23

חתימה: סמך 1010 X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל מרימבדג~~
~~מק' רשיון: 62254~~
~~עורך-דין~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
058616509	070	058616509	שם האב	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון	
159/א	27	מיקוד	טלפון	
עיר	מס'	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 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 14/5/03 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: _____



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

- ☞ תעודה 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, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (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.
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע).** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ **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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il
- ☞ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צא אפוטרופוסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(02.2019)

נא ציין את מספר תעודת זהות

והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע									
שם משפחה				שם פרטי				סופי	
סורג'ון				מספר אישי בצה"ל					
תאריך עלייה				תאריך לידה				יום חודש שנה	
יום חודש שנה				יום חודש שנה					
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשוי/אה ☒ גרושה ☐ ידועה/בציבור									
<u>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</u>									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
אלעזר דוד 22/1								חולון	
מיקוד		דואר אלקטרוני:							
0000000		טלפון נייד							
טלפון קווי		טלפון נייד							
0546222601		טלפון נייד							
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל									
<u>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</u>									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
מיקוד		דואר אלקטרוני:							
		טלפון נייד							
טלפון קווי		טלפון נייד							
		טלפון נייד							

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי								
א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ				<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>6</td><td>1</td><td>5</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td> </tr> </table>		6	6	1	5	0	3	0
6	6	1	5	0	3	0						
רחוב / תא דואר		יישוב		טלפון נייד								
הסיבים 18		פתח תקוה		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
מספר בית		מיקוד		ח' פקס								
		49517										

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 אמורה לבצע)

שם העסק		סוג העיסוק		טלפון קווי								
				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
רחוב / תא דואר		יישוב		טלפון נייד								
				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
מספר בית		מיקוד										

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		משמר הכנסת ☐	
שב"ס ☐		משא"ז ☐		משטרה ☐	
מספר בית		יישוב		מיקוד	
18		פתח תקוה		49517	
רחוב / תא דואר		מס' פקס		טלפון קווי	
הסיבים				טלפון נייד	

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.

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				1 3 0 4 2 0 2 3 יום חודש שנה
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 _____				
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____				

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

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
		0 5 4 6 2 2 6 0 1	
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
שנה חודש יום		

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)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		שם בית החולים / מחלקה
שנה	חודש	יום
שעה		
קופת חולים שבה אתה חבר	האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ כן, ☐ לא	
☐ כללית ☐ לאומית	פרט _____	
☐ מכבי ☐ מאוחדת		
☐ אחר		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
		טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל

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: _____

פרטים על תאונת דרכים		
1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	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.	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 _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
6	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
7	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח 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 _____	מס' פוליסה

7 פרטים על תאונה בנזיקין

7

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

8

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		עד תאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	
מתאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____		עד תאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	
עד שעה _____ משעה _____		עד שעה _____ משעה _____	
עד שעה _____ משעה _____		עד שעה _____ משעה _____	
שתיי / בעסק / בעבודתי		שנה _____ חודש _____ יום _____	
שנה _____ חודש _____ יום _____		שנה _____ חודש _____ יום _____	
☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: ☐ משעה _____ עד שעה: _____ ☐ עבודה במשמרות			

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 להעביר לחשבוני שפרטין רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			סורג'ון	סופי
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	
בנק יהב לעובדי המדינה	חולון	284	45578	

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 /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 חתימת מקבל התשלום * סורג'ון סופי

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

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 לענין, 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.

סרג'ון סופי

חתימת התובע *

14/06/2023

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי סופי	שם משפחה סרג'ון	מספר זהות ס"ב 0 5 8 6 1 6 5 0 9	קרבה לתובע
טלפון קווי 0 3 6 0 5 1 6 6 6	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני:	☐ מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה		מספר זהות ס"ב	

13

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: בניין גימנסיה בן שפרוט 5 תל אביב שעת הפגיעה בוקר

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 _____

14

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי	שם המפעל / המעסיק
9 3 0 0 7 7 0 9 4 0 0	א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ

תאריך תחילת עבודה: 07/12/2020 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

חודש, 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	
		יומי	חודשי		לחקופה	שם התשלום
חודש 04/2023	25	☐	☐	9,849.67		
חודש 03/2023	25	☐	☐	9,180.55		
חודש 02/2023	25	☐	☐	8,531.61		
חודש 01/2023	25	☐	☐	9,435.01		

☒ העובד שב לעבודה בתאריך 14/04/2023 ☐ 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, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק _____
שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ חתימת המעסיק _____

תאריך 14/6/23 שם ותפקיד החותם _____ חתימת המעסיק _____

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

15

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)

הצהרת המעסיק

16

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. כל הפרטים שנמסרו הם גרסת העובד.

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

תאריך 14/06/2023 תפקיד החותם חגית שם החותם אלי פילא חתימה וחותמת

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ 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)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 5 8 6 1 6 5 0 9 ותאריך הפגיעה 13/04/2023 עמוד 10 מתוך 10

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
13/04/2023 שנה חודש יום	058616509	60
שם פרטי	סורג'ון	שם משפחה
סופי		
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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 14/06/2023 חתימת המבוטח * סורג'ון סופי



תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדבריו ההסבר שמעבר לדף לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד	מספר תיק במוסד	מספר טלפון
א.מ.ק. אפסטה בע"מ	9300474044	036051666
רחוב	מספר בית	מספר פקס
10'הים	18	036051681

לכבוד

קופת חולים / בית חולים

(250) ...

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	דרכון
סורגון	סלם	זכר	586165091	☐

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
אלעזר 302	22		1	תולון	
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מס' תא דואר	דואר נע		
0	0546222600				

שנפגע בתאריך 13/4/23 בשעה שמונה כאשר עבד ב פריג' אובי
סוג העבודה

מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב
אחר ☐

כתובת מקום התאונה: בנין המעסה'ה בן שבת 5 ת"א

תאור התאונה: אובי העסיק יצא מנהל ונהל צד חזק.

האבר שנפגע רגל ימין ושמאל

☒ הנפגע חבר בקופת חולים אובי

שם קופת חולים

☐ עובד זר

חלמי שר
תפקידו במפעל

ארי סלם
שם המאשר

חתימה וחותמת המפעל

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מלצר פולינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר דיגיטלית מוכרי

קוד הפניה: 319942272

טלפון: 03-5510388 03-6485150

פקס: 03-6527814

כתובת: פנחס אלון 13 מרכז מסחרי, חולון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי



טל. עבודה/נייד: 0546222601

טלפון: 0774421309

מין: נ

ת.לידה: 06/01/1964

כתובת: שנקר 83/1, חולון

0058616509

מיקוד 5833924

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

תלונות: שיחה טלפונית

כרגע נמצאת במוקד

מבקשת הפניה לצילום יד ימין

היום החליקה על הרצפה בעבודה

אבחנה:

בעיות ידועות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicillin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

לשלול שבר

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 14/04/2023 בשעה 17:24:42

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13/04/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר שחאדה מונדר

טראומטולוגיה

מ.ר גורם מפנה



131932

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי



0058616509

ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכתב שחרור

13/04/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:00

שעת שחרור: 19:13

סיבת הפניה:

בת 59

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתה החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה,

מתאים ל NEER 1.

הוסבר למטופלת על הממצאים, הוסבר על המשך טיפול.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אבחנות פעילות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות:

penicilin

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

תוכנית טיפולית: מתלה ליד ימין רוב שעות יממה,

שימוש במייצב כתף לפי הצורך.

הפעלת מרפק ושורש כף יד בצורה חופשית.

להימנע מהפעלת כתף.

ביקורת אורתופד בעוד שבועיים עם צילום

עדכני.

ד"ר שחאדה מונדר
מומחה לרפואת יד
43957
מ.ר. 131932

ד"ר שחאדה מונדר

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

תאריך: 27/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0028438547



035232

קוד הפניה: 321884599



34F (X) EGA

ד"ר קסטנר מוטי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון שם פרטי: סופי ת.ז.: 58616509
ת.לידה: 06/01/1964 מין: נ טלפון: 0774421309 טל.עבודה/נייד: 0546222601
כתובת: שנקר 83/1, חולון מיקוד 5833924



0058616509

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה	כתף ימין 2 צילומים (AP+LAT)
3030		

שאלה למבצע הבדיקה: מעקב שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגיו GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורג

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2023 עד תאריך - 24/10/2023

27/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



035232



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 321891983

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

שם משפחה: סורג'ון

טל.עבודה/נייד: 0546222601

0774421309

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 06/01/1964



0058616509

מיקוד 5833924

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין

בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.

בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.

בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי

מספר המטומות בתהליך ספיגה.

מרפק שמור.

כף י שמור.

ממצאים: תכונית

מתלה לפי הצורך

משככי כאבים לפי הצורך

נסיון הפעלה מוקדמת תנועה פנדולרית וכדומה כפי שהסוסבר

פדיותרפיה - הפעלה מוגדמת לפי הצורך

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

• OSTEOPOROSIS (12/2018)

• CVA (2010)

• PEPTIC DISEASE (2008)

• GASTROSCOPY (2014)

• COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicilin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: הערכה והמלצות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/04/2023 עד תאריך - 24/10/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

27/04/2023

תאריך

חתימה וחוקמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



131932



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון	שם פרטי: סופי	ת.ז.: 58616509
ת.לידה: 06/01/1964	מין: נ	טלפון: 0774421309
כתובת: שנקר 83/1, חולון	מיקוד: 5833924	טל.עבודה/נייד: 0546222601



0058616509

מכתב שחרור

13/04/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:00

שעת שחרור: 19:13

סיבת הפניה:

בת 59

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתה החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין
בבדיקתה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.
בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה,
מתאים ל NEER 1.
הוסבר למטופלת על הממצאים, הוסבר על המשך טיפול.
משתחררת עם ההמלצות הבאות.

אבחנות פעילות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות:

penicilin

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

תוכנית טיפולית: מתלה ליד ימין רוב שעות יממה,
שימוש במייצב כתף לפי הצורך.
הפעלת מפרק ושורש כף יד בצורה חופשית.
להימנע מהפעלת כתף.
ביקורת אורתופד בעוד שבועיים עם צילום
עדכני.

ד"ר שחאדה מונדר
מומחה לרפואה אורתופדית
מ.ר. 131932 מ. 43957

ד"ר שחאדה מונדר

חתימה וחוקתמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס

13/04/2023

ד"ר מלצר פולינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



קוד הפניה: 319942272

טלפון: 03-5510388 03-6485150

פקס: 03-6527814

כתובת: פנחס אלון 13 מרכז מסחרי, חולון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

שם פרטי: סופי

ת.ז.: 58616509



ת.לידה:

06/01/1964

מין: נ

טלפון:

0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

כתובת:

שנקר 83/1, חולון

0058616509

מיקוד 5833924

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

תלונות: שיחה טלפונית

כרגע נמצאת במוקד

מבקשת הפניה לצילום יד ימין

היום החליקה על הרצפה בעבודה

אבחנה:

בעיות ידועות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: - penicilin - 25/11/2018

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

לשלול שבר

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 14/04/2023 בשעה 17:24:42

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13/04/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך



131932



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

שם פרטי: סופי

ת.ז.: 58616509



0058616509

ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכתב שחרור

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה. מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



מכון דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252

פרטי רופא מפנה:

שם: מלצר פולינה

מ.ר: 026078

תאריך הבדיקה: 13/04/2023

תאריך הפיענוח: 13/04/2023

שם הנבדק: סורג'ון סופי

ת.ז. הנבדק: 58616509

כתובת הנבדק: שנקר 83/1 חולון 5833924

טלפון הנבדק: 077-4421309 טלפון נייד: 054-6222601

תשובת בדיקת דימות: 23261915

כתף 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

הודגם שבר מרוסק בראש צוואר הומרוס מימין

בבדיקה זו קיימים ממצאים, המצריכים פניה לרופא המפנה לשקילת המשך בירור וטיפול

מרפק 2 צילומים

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

ימין

=====

מבנה גרמי שמור.

לא הודגם שבר.

בברכה

ד"ר קיריל דרקץ'

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 35825

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



035232

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 324172203

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

ת.לידה: 06/01/1964



0058616509

טל.עבודה/נייד: 0546222601

טלפון: 0774421309

מין: נ

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 59

יד ימין דומננטית.

החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין
בבדיקה: ממוקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.
בצילום: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי ו GT, ללא תזוזה, מתאים ל NEER 1.
בצילום- שבר גבשושית הגדולה והקטנה. מערב צוואר כירורגי
מספר המטומות בתהליך ספיגה.
מרפק שמור.
כף י שמור.

בביקור בתאריך 12/05/2023 בשעה 08:08:55
בצילום ביקורת ללא שינוי בעמדה.
ננסה להשיג פיזיותרפיה.

ממצאים: תוכנית

מתלה לפי הצורך
משככי כאבים לפי הצורך
נסיון הפעלה מוקדמת תנועה פנדולרית וכדומה כפי שהסוסבר
פיזיותרפיה - הפעלה מוגדמת לפי הצורך

אבחנה:

• FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: 25/11/2018 - penicilin -

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

מעשבת: לא

סיבת ההפניה: זקוקה לסידור פיזיותרפיה בדחיפות האפשרית מדובר בשבר זקוקה להפעלה מוקדמת.

מ.ר גורם מפנה



035232

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 324172203

טלפון: 03-5025252

פקס: 073-2132664

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

ת.לידה: 06/01/1964



0058616509

טל.עבודה/נייד: 0546222601

0774421309

טלפון:

מין: נ

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/05/2023 עד תאריך - 08/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

12/05/2023

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר מוטי קסטנר
מומחה באורתופדיה
מרפאת בית דוד, ט"ו, סמטת סמטת
03-6000000