

תאריך חתימת המסמך: 15.01.23  
המועד האחרון להגשה: 17.01.23

**בבית משפט השלום  
ברחובות**

**ת.א 50480-03-21**  
**בפני כבוד השופטת רנה הירש.**

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| כ"ב טבת תשפ"ג, 15/01/2023 החלטה<br>תיק 50480-03-21<br>ש' רנה הירש |
| לידיעת הנתבעת, אשר תגיש תחשיב נזק<br>כפי שנקבע.                   |
| *** נחתם דיגיטלית ***                                             |

**בעניין:**

**התובע:**

**עמית זיטון ת.ז. 305179160**  
טל: 0542317498  
מרחוב: שבט אפרים 4 לוד 7135292  
ע"י ב"כ עוה"ד קוראל אלגלי כהן  
מושב עזריה, משק 114, מיקוד 99792  
טל: 077-4610554, פקס: 050-2042464

- נגד -

**הנתבעת:**

**שירביט חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 12904608**  
מרח' חד חרוצים 18, נתניה.  
באמצעות ב"כ עו"ד בני ירושלמי ושות'  
מרחוב בעדיה גאון 24, תל אביב 67135.  
טל"י 03-5625030, פקס: 03-5625010.

**תחשיב נזק מטעם התובע**

**א. מבוא לתחשיב:**

לוטו בזה תחשיב נזק מטעם התובע בתיק דנא, ולהלן מס' נתונים הרלוונטיים לתחשיב הנזק:

**התובע:** עמית זיטון

**ת.ד. מיום:** 12.01.20.

**תאריך לידה:** 18.02.91.

**גיל במועד התאונה:** 29. גיל כיום: 32.

**עיסוק לפני התאונה:** עצמאי, שף ומנהל מסעדה.

**שכרו של התובע לפני התאונה:** 8,120 ₪ (לאחר ניכוי מס)

- מצ"ב העתק שומת מס, עובר לתאונה לשנת 2019 מסומנת כנספח ת/1.

**ב. נתוני בסיס בתיק ומהות התאונה:**

1. ביום 12.1.20 עת נהג התובע ברכב מ.ר. 79-915-11, אשר היה מבוטח אצל הנתבע בפוליסת ביוח חובה בת תוקף, בשעה 15:49 או בסמוך לכך, בכניסה ללוד אחרי צומת אחיסמך, עת עמד ברמזור אדום, רכב פגע ברכבו של התובע בחוזקה, כתוצאה מכך נחבל התובע קשות (להלן "התאונה").

- מצ"ב אישור משטרה מסומן כנספח ת/2.

2. הנתבעת הינה חברת ביטוח בישראל שביטחה את כלי הרכב שבו נסע התובע ו/או השימוש בו ועפ"י חוק הפלתי"ד התשל"ה-1975 – ולכן חבה בפיצוי נזקי התובע, בגין התאונה.

3. התאונה הינה תאונת עבודה.

**ג. פירוט נזקי הגוף של התובע כתוצאה מהתאונה:**

4. למקום התאונה הוזמן צוות מד"א אשר הבהיל את התובע לבית חולים אסף הרופא שם אובחן כסובל מחבלות בראש, בצוואר, בגב ובפלג גופו השמאלי, התובע נצטווה לנטילת משככי כאבים, מעקב רפואי ומנוחה
5. התובע טופל במסגרת הקהילה, נוכח כאבי הראש והכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר, הגב כתף ורגל שמאל, נצטווה התובע לימי מחלה והוא הופנה לטיפול פיזיותרפיה, ונטלת משככי כאבים.
6. בעקבות התאונה סבל התובע מירידה בשמיעה וטנטון, נבדק ע"י רופא אג והופנה למכון שמיעה, והמשך בירור אשר הדגים ירידה בשמיעה, כמו כן סובל התובע מכאבים ונימוליסוהירדמות בגפיים השמאליות, התובע הופנה לטיפול רפואי משלימה והמשך מעקב.
7. בעקבות התאונה נצטווה התובע לחופשת מחלה ממושכת.
8. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלות בתנועת הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים השמאליות ונימול, כאבי ראש, ירידה בשמיעה, טנטון, קשיים בהרמת משאות, בכיפוף, בישיבה, בעמידה והליכה ממושכת.

**• מצ"ב העתק תיעוד רפואי מסומן כנספח ת/3**

**ד. קביעת המל"ל**

9. בעקבות התאונה עמד התובע בפני ועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי.
10. **ביום 10/03/22 קבעה הוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי כי בעקבות התאונה נותרה לתובע נכות בחלוקה כדלקמן:**

**א. 20% נכות זמנית מיום 10.2.20 ועד ליום 8.4.20 בגין התקופה שבה לא הוגשה תעודת רפואית.**

**ב. 20% נכות זמנית מיום 09.04.20 ועד ליום 12.4.20 עבור תעודת רפואית שנחתה.**

**ג. 20% נכות זמנית מיום 13.04.20 ועד ליום 31.12.20 בגין כאב גב וכאב צוואר.**

**• מצ"ב העתק פרוטוקולים ועדות רפואיות מסומנת כנספח ת/4.**

11. **התובע יטען כי בהתאם לסעיף 6(ב) לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, קביעת המוסד לביטוח לאומי בעניין נכותו הרפואית, מחייבת בקביעה על פי דין, לפיה יחושבו ראשי הנזק, כדלקמן.**

**ה. שאלת הנזק:**

**ו. נזק מיוחד :**

**ז. אובדן השתכרות לעבר :**

12. בעקבות התאונה, נעדר התובע מעבודתו במשך 76 ימים.

- מצ"ב העתק אישורי מחלה מסומנים כנספח 5/ת

13. שכרו השנתי של התובע על פי המל"ל הינו על סך 24,327 ₪, כלומר- שכר חודשי של 8,109 ₪, שכר יומי של 368 ₪.

14. כאמור לעיל התאונה הוכרה כתאונת עבודה.

15. עקב כך, שולמו לתובע דמי פגיעה, בגין תקופת היעדרותו על סך 3,348 ₪ סכום זה מגלם רק 75% משכרו של התובע.

16. על כן, יש לפצות את התובע בגין הפרש השכר, המגלם 25% מהשכר, בסך 837 ₪.

- מצ"ב החלטת המל"ל בעניין דמי הפגיעה מסומנת כנספח 6/ת.

17. ויודגש, התובע זכאי למלוא הפסד שכרו כנקוב ומפורט לעיל בהתאם להלכה בעניין זה- ע"א 8302/02 שי שרון נ' הכשרת הישוב חברה לביטוח בע"מ, שם נפסק ע"י כב' השופט ריבלין, כי גם בתקופה לגביה נקבעה נכות רפואית צמיתה, יש לתת פיצוי מלא בעבור הפסדי השתכרות, כאשר הוכח שהתובע לא עבד בפועל. כן ראו לעניין זה – רע"א 4341/03 אירית יזדי נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ (פסקי הדין פורסמו במאגרים המשפטיים).

18. כמפורט לעיל החל מיום 10.02.20 ועד ליום 31.12.20 נקבעה על ידי המל"ל נכות זמנית בשיעור של 20% (ר' נספח 4/ת לעיל).

19. עקב כך, שולם לתובע מענק חד פעמי, בגין תקופה זו על סך 6,275 ₪ סכום זה מגלם רק 75% משכרו של התובע.

- מצ"ב החלטת המל"ל בעניין תשלום הנכות הרפואית הזמנית מסומנת כנספח 7/ת.

20. על כן, יש לפצות את התובע בגין הפרש השכר, המגלם 25% מהשכר, בסך 1,568 ₪.

21. סך הכל הפסד השכר לעבר של התובע הינו על סך: 837 ₪ + 1,568 ₪ = 2,405 ₪.

#### ח. הפסד פנסיה וזכויות סוציאליות לעתיד:

22. התובע יטען, כי יהא זכאי לפיצוי בגין אובדן זכויות פנסיה וזכויות סוציאליות.

23. התובע יפנה לפסק דינה של כבוד השופטת יעל וילנר בעניין ת"א 16951-043-10 (מחוזי חיפה) ע.מ.מ ואח' נ' ע.מ.ר ואח' [פסק דין מיום 31/12/134- פורסם במאגר המשפטי "נבו"] כבוד השופטת וילנר ביארה את סוגיית הפסד הפנסיה בפסקאות 26-28 לפסק הדין וקובעת נוסחה פשוטה לאור הוראות צו ההרחבה ולפיה במצב הדברים הרגיל, ראוי לפסוק פיצוי בראש הנזק של הפסד פנסיה בגובה 12.5% מכלל הפסדי ההשתכרות".

24. הפסד הפנסיה אשר ייגרם לתובע לעבר יחושבו כדלקמן: הפסד שכר לעבר – 2,405 ₪  $\times 12.5\% = 300$  ₪.

**ט. הוצאות רפואיות, הוצאות נסיעה והוצאות נלוות לעבר:**

25. התובע סבל מכאבי גב, צוואר, הירדמויות, טנטון והוא נדרש לבצע טיפולי רפואה משלימה וטיפול פיזיותרפיה למכביר, אופי הפגיעה של התובע, כפי שעולה מן התיעוד הרפואי המצ"ב ומהחלטת ועדת המל"ל לקביעה לנכות, מלמד כי התובע נאלץ להוציא הוצאות ניכרות לצרכי ריפוי כחלק בלתי נפרד ממכלול הטיפול הרפואי, הפארארפואי, השיקומי והמשלים לו הוא נזקק, לרבות נטילת תרופות ובדיקה אצל רופאים מומחים בכירים, אשר מומחיותם נושקת לתחום הפגיעות הספציפיות של התובע.

26. התובע נזקק לטיפולים רפואיים אינטנסיביים ורציפים בכל תחומי פגיונותיו.

27. ודוק, בטיפולים אשר אינם כלולים בסל הבריאות, נאלץ התובע בכל בדיקה ובדיקה לשאת בהוצאות הביקור אצל רופאים מומחים.

28. בנוסף, התובע נאלץ לשאת בהוצאות רפואיות רבות של טיפולים עבור ביקורים במרפאות מקצועיות בהתאם לדרישת הקופה ועבור תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות.

29. אין חולק, כי הבדיקות, הטיפולים והתרופות הנ"ל הכרחיים לאור אופי פגיעתו של התובע והשלכותיה על תפקודו היומיומי.

30. אין לקבל הטענה לפיה על התובע היה להסתפק אך ורק בטיפולים שמומנו במסגרת סל הבריאות. ב- ע"א 2934/93 יחזקאל סורוקה נ' אברהם הבאבו ואח', פ"ד נ' (1) 675, אימץ כבי השופט אור את קביעתו של כבי הנשיא ברק ב- ע"א 375/80 נעים נ' ברדה, פ"ד לו (3) 762, 766 לפיה טיפול רפואי המוענק לניזוק אינו נקבע על פי סטנדרטיים סטטוטוריים קבועים ומכניים אלא על פי צרכיו האינדיבידואליים של הניזוק.

31. התיעוד הרפואי מלמד כי התובע טופל במוסדות רפואיים רבים, נזקקה לטיפולים רבים, ועל כן למרות שלא השכילה לשמור את כל קבלותיה בגין הוצאותיה חזקה כי אכן נשאה בהן.

32. לאור האמור, יבוקש פיצוי בגין ראש נזק זה, על דרך האומדנה, בסך של 50,000 ₪.

- מצ"ב העתק קבלות חלקיות מסומנות כנספח 8/ת.

**י. עזרת צד ג' לעבר**

33. ההשלכה התפקודית של הפגיעה על התובע תוארה בהרחבה לעיל.

34. בתקופה הסמוכה לתאונה, התובע נזקק לסיוע בפעולות יומיומיות עזרה אותה קיבל מבני משפחתו.



35. כפי שצוין בעניין ע"א 1164/02 קרנית נ' בן חיון, (פסק דין מיום 4.8.05, פורסם באתר נבו), הלכה היא כי כאשר בן משפחה מטפל בנפגע ומשקיע מאמץ יוצא דופן וחריג מעבר למקובל בין בני משפחה, זכאי הנפגע לפיצוי בגין אותה עזרה גם אם אין הוא משלם עבורה (ראה סעיף 11 לפסק הדין).

36. כמו כן ראה לעניין זה ע"א 93/73, שושני נ' קראוז, פ"ד כח (1) 227, וכן ת"א 16069/92 (חיפה) עטאף נ' הסנה חברה לביטוח, תקדין מחוזי 97 (1) 743, 746.

37. אשר על כן יבוקש הפיצוי בגין ראש נזק זה עפ"י אומדן גלובאלי בסך של 30,000 ₪.

**יא. כאב וסבל:**

38. בהתאם לגילו של התובע, והפעלה מקסימלית של תקנה 2 (ב) לתקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (חישוב פיצויים בשל נזק שאינו נזק ממון), תשל"ו-1976 התובע זכאי לפיצוי בסך 18,600 ₪ בגין ראש נזק זה.

**יב. סיכום נזקי התובע**

| ראש הנזק                                        | סכום ב-₪  |
|-------------------------------------------------|-----------|
| א- נזק מיוחד                                    |           |
| הפסד שכר לעבר                                   | 2,405 ₪   |
| הפסד פנסיה לעבר                                 | 300 ₪     |
| הוצאות רפואיות, הוצאות נסיעה והוצאות נלוות לעבר | 50,000 ₪  |
| עזרת צד ג' לעבר                                 | 30,000 ₪  |
| סה"כ נזק מיוחד                                  | 82,705 ₪  |
| ב- נזק כללי                                     |           |
| כאב וסבל                                        | 18,600 ₪  |
| סה"כ נזק כללי                                   | 18,600 ₪  |
| סה"כ כולל                                       | 101,305 ₪ |

39. סה"כ 101,305 ₪ בצירוף הפרשי הצמדה וריבית מיום התאונה, וריבית בגין התקופה שחלפה עד התשלום בפועל, בצירוף הוצאות משפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ כחוק.

40. ר' לעניין זה ע"א 2196/93 מכבסת שלג חרמון בע"מ נ' סלע חברה לביטוח בע"מ, פ"ד נ (3) 744, וכן ע"א 6129/04 טרטמן נ' הכשרת הישוב ואח' (טרם פורסם), המחייב הוספת ריבית על כל רכיב וראש נזק שנפסק, מיום התאונה ואילך.



עו"ד קוראל כהן אלגלי  
ב"כ התובע

## תוכן עניינים

| מס' | שם הנספח                                                      | עמ'    |
|-----|---------------------------------------------------------------|--------|
| 1   | העתק שומת מס, עובר לתאונה לשנת 2019 מסומנת כנספח ת/1          | 12-8   |
| 2   | אישור משטרה מסומן כנספח ת/2                                   | 14     |
| 3   | העתק תיעוד רפואי מסומן כנספח ת/3                              | 42-16  |
| 4   | העתק פרוטוקולים ועדות רפואיות מסומנת כנספח ת/4                | 76-44  |
| 5   | העתק אישורי מחלה מסומנים כנספח ת/5                            | 81-78  |
| 6   | החלטת המל"ל בעניין דמי הפגיעה מסומנת כנספח ת/6                | 83     |
| 7   | החלטת המל"ל בעניין תשלום הנכות הרפאית הזמנית מסומנת כנספח ת/7 | 85     |
| 8   | העתק קבלות חלקיות מסומנות כנספח ת/8                           | 104-87 |

## נספח 1

**העתק שומת מס, עובר לתאונה  
לשנת 2019 מסומנת כנספח ת/1**

עמ' 8-12

| חישוב יתרת המס "בן זוג רשום" |         |     |
|------------------------------|---------|-----|
| ס"ה הכנסות                   | 103,159 | 0   |
| ס"ה הניכויים                 | 2,980   | 0 - |
| הכנסה חייבת                  | 100,179 | 0   |
| המס ברוטו                    | 10,996  | 0   |
| ס"ה הזיכויים                 | 5,886   | 0 - |
| מס מגיע                      | 5,110   |     |
| ניכויים במקור                |         |     |
| תשלום. ע"ח המס               | 5,694   | -   |
| חיוב ריב. וקנס               | -6      | +   |
| יתרת המס                     | -590    |     |
| ריב. וקנס צפויים             | 0       | +   |
| יתרה לתשלום                  | -590    |     |

קוד-טופס 104 שם משדר

לדף הבא-PF8 לדף הקודם-PF7 למסד כניסה-PF3 הדרכה-PF10

תיק 305179160 ש"מ 2019 ס"ש 00 חישוב יחיד הנמק 13 פ"ש 25 חול 02 ס"ת 40  
 זיטון עמית ת.ז. בן זוג רשום: 305179160 תאריך עדכון 26.05.2020

| הכ יגיעה אישית | "בן זוג רשום" בן/בת הזוג | סוג הכנסות    | מס שחושב |
|----------------|--------------------------|---------------|----------|
| מעסק           | 103,159                  | שעורים רגילים | 10,996   |

קוד-טופס 104 שם משדר

לדף הבא-PF8 לדף הקודם-PF7 למסך כניסה-PF3 הדרכה-PF10

| בן/בת הזוג |            | "בן זוג רשום" |            | סוגי הניכויים<br>בטוח לאומי |
|------------|------------|---------------|------------|-----------------------------|
| סכום שהותר | סכום ששולם | סכום שהותר    | סכום ששולם |                             |
|            |            | 2,980         | 5,731      | -----                       |
|            |            | 2,980         |            | ס"כ הניכויים                |
|            |            | 5,886         | 0          | סוגי הדיכויים<br>תושב       |
|            |            | 5,886         |            | -----                       |
|            |            |               |            | ס"כ הדיכויים                |
| שם משדר    |            | קוד-טופס 104  |            |                             |

לדף הבא-PF8 לדף הקודם -PF7 למסך כניסה-PF3 הדרכה-PF10

תיק 305179160 ש"מ 2019 ט"ש 00 חישוב יחיד הנמק 13 פ"ש 25 חול 02 ט"ת 40  
 זיטון עמית ת.ז. בן זוג רשום: 305179160 תאריך עדכון 26.05.2020

פרטים נוספים

|         |             |
|---------|-------------|
| 5,110   | בסיס למקדמה |
| 274,593 | מחזור למיקד |
| 274,593 | מחזור עסק ר |

קוד-טופס 104

שם משדר

|             |                |                |            |
|-------------|----------------|----------------|------------|
| לדף הבא-PF8 | לדף הקודם -PF7 | למטח כניסה-PF3 | הדרכה-PF10 |
|-------------|----------------|----------------|------------|

תיק 305179160 ש"ח 2019 ט"ש 00 חישוב יחיד הנמק 13 פ"ש 25 חול 02 ט"ת 40  
 זיטון עמית ת.ז. בן זוג רשום: 305179160 תאריך עדכון 26.05.2020

| נתוני הדפסה |                | נתוני שידור |                  |
|-------------|----------------|-------------|------------------|
| 27.05.2020  | תאריך הדפסה    | 20.05.2020  | תאריך הגשת דוח   |
| 0           | מספר דואר רשום | 28.04.2020  | תאריך שידור      |
| 11/1        | אילת כתובת     | 02          | מספר גרסה        |
| 7127634     | לוד            |             | שם משדר          |
| 661-015-015 |                |             |                  |
|             |                |             | תאריך הוצאת שומה |
|             |                | 26.05.2020  | תאריך חישוב      |
|             |                | 26.05.2020  | תאריך עדכון      |

קוד-טופס 104

לדף הבא-PF8 לדף הקודם -PF7 למסך כניסה-PF3 הדרכה-PF10



## נספח 2

### **אישור משטרה מסומן כנספח ת/2**

עמוד 14



## טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

### פרטים כלליים

|                     |                             |                      |                              |
|---------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|
| <b>יחידה</b>        | שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז | <b>מספר תיק פלא</b>  | 17082 / 2020                 |
| <b>תאריך</b>        | 15/01/2020 י"ח טבת תש"פ     | <b>סיווג תיק</b>     | ח.כ. ח.כ.                    |
| <b>מס' תיק מסוף</b> | 4 - 2020 - 270 - 5208       | <b>מס' מסמך בתיק</b> |                              |
| <b>טלפון</b>        | 08-9371419                  | <b>פקס</b>           | 08-9371580                   |
| <b>כתובת</b>        | הרצל 206, רחובות            | <b>מייל</b>          | bohanim.shfela@police.gov.il |

### נושא המסמך

### לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 12/01/2020 בשעה 15:49
2. מקום התאונה: כניסה ללוד (מרכז) בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

### פרטי הרכב:

|                    |            |                    |                   |
|--------------------|------------|--------------------|-------------------|
| <b>מספר רכב</b>    | 7991511    | <b>סוג רכב</b>     | מזדה יפן          |
| <b>פרטי נוסעים</b> | חברת ביטוח | <b>תוצר רכב</b>    | סוג לוחית ישראלית |
| <b>לא הוצג</b>     |            | <b>מספר פוליסה</b> |                   |

### מעורבים ברכב:

|                    |              |                          |              |
|--------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <b>שיוך המעורב</b> | נהג          | <b>שם</b>                | שנת לידה     |
| 1                  | נהג          | נת רפאל                  | 18/02/1991   |
| <b>כתובת</b>       | לוד, אילת 11 | <b>קופ"ח / בית חולים</b> | חומרת הפגיעה |
| 4. פרטי הולכי רגל: |              |                          |              |

|                    |          |                          |              |
|--------------------|----------|--------------------------|--------------|
| <b>שיוך המעורב</b> | הולך רגל | <b>שם</b>                | שנת לידה     |
| 1                  | הולך רגל | נת רפאל                  | חומרת הפגיעה |
| <b>כתובת</b>       |          | <b>קופ"ח / בית חולים</b> |              |

|                    |          |                          |              |
|--------------------|----------|--------------------------|--------------|
| <b>שיוך המעורב</b> | הולך רגל | <b>שם</b>                | שנת לידה     |
| 2                  | הולך רגל | ברנע שירי                | חומרת הפגיעה |
| <b>כתובת</b>       |          | <b>קופ"ח / בית חולים</b> |              |

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 13/01/2020

### פרטי המטפל בתיק

|              |         |                 |         |
|--------------|---------|-----------------|---------|
| <b>מ"א</b>   | 1900321 | <b>שם משפחה</b> | שם פרטי |
| <b>אויאר</b> |         | <b>דור</b>      |         |

### פרטי השוטף המוסר

|             |        |                 |         |
|-------------|--------|-----------------|---------|
| <b>מ"א</b>  | 974089 | <b>דרגה</b>     | שם פרטי |
| <b>רסב</b>  |        | <b>שם משפחה</b> | שם פרטי |
| <b>נגמה</b> |        | <b>דרגה</b>     |         |

### נספח 3

העתק תיעוד רפואי מסומן כנספח

ת/3

עמ' 16-42

MAGEN  
DAVID  
ADOM  
IN ISRAEL

מרחב איילון 1143

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 12/01/2020

ארוע: 2456

מספר טופס: 13366374

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 305179160

שם משפחה: זיטון

שם פרטי: עמית

מין: זכר

תאריך לידה: 18/02/1991

גיל: 28.1

כתובת: כפר דניאל, שיטה

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0542317498

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: צומת אחיסמך,

אנמנזה:

תלונה עיקרית: כאבי גב, צוואר, וכתף שמאל

מחלה מוכחית: בן 28, בראי בד"כ, לדבריו עמד בצומת ברכבו בדרכו חזרה מהעבודה, ורכב אחר פגע ברכבו מאחור. מתלונן על כאבים בגב, בצוואר, ובכתף שמאל באזור האחזיה של החגורה. בהגיעו נמצא יושב בכסא הנהג, עם צווארון שהונח עליו איילון 873. קינמטיקת פגיעה קלה ברכבו, ללא פתיחת כריות אוויר. בבדיקה, בהכרה מלאה, ללא חיוורון, ללא חזעה, ללא סימני מצוקה נשימתית, דופק רדיאלי נמוש היטב, יציב המודינמית. אינו זוכר היטב את פרטי התאונה אך שולל איבוד הכרה, מתמצא בזמן ובמרחב, ללא חסרים מירולוגיים נראים לעין. שולל תבלת ראש. שולל בחילות. שולל סחרחורות, ללא דימום. ללא נפוחות. ללא הגבלת תנועה ביד שמאל. ללא תלונות נוספות. הועבר למלר"ד כירורגי אסף הרופא להמשך טיפול.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

### בדיקות כלליות

|            |           |
|------------|-----------|
| ללא בחילות | רפיקות    |
| חשם        | נשימות    |
| 12         | קצב נשימה |
| סדיר       | דופק      |
| 84         | דופק לדקה |
| מלאה A     | הכרח      |
| תקין       | עור ורידת |

### בדיקות עזר

|        |               |
|--------|---------------|
| 120/70 | לחץ דם        |
| ק      | אישונים שווים |

אבחנה משוערת: חבלה בצוואר, חבלה בגפיים, חבלה קלה

### טראומה:

צוואר: כאב  
זרוע שמאל: כאב  
גב: כאב



### טיפול

|               |                |
|---------------|----------------|
| לא            | תק             |
| צוואר, לוח גב | טיפולים שניתנו |

### פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: תאונה חזית אחור

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל  
המבקש: עובר אורח  
המסייעים: משטרה, אמבולנס רגיל  
מקום האירוע: ברשות הרבים  
קוד מבצע: 1143

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 17:22  
הכרה: מלאה A  
נשימה ספונטנית: נושם  
דופק ספונטני: סדיר

יעד פינוי

יעד: בית חולים  
שם בית החולים: אסף הרופא שמיר  
מחלקה: מלר"ד כירורג  
נמסר ל: אירנה

זמנים

קבלה 16:40 : יציאה 16:43 : הגעה 16:57 : מפנה 16:58 : ביעד 17:22 :

אמשי צוות



שם הנהג : אלכסנדר שארי חתימה :







סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/24/22  
 פקס: 08-9779919/09

מעודכן ל: 00:08, 13/01/20  
 אחות אחראית: גרמבסקי

מנהל מח': דר. שריסט משה

### **סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11463307**

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ז - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא 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

#### **זיטון עמית**

ת.ז.: 30517916-0 מין: זכר  
 סוג מבקר: אזרח שם האב: ציון  
 מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית  
 כתובת: אילת 11, לוד, 7127634  
 ת.לידה: 18/02/1991 גיל: 28 ש  
 טל: 054-2317498 שם האם: מרים

#### **נתוני ביקור במיון**

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה גורם מפנה: מדא מרשות ציבור מבטח: זיטון עמית, 30517916-0  
 תאריך קליטה במיון: 12/01/20 שעה: 18:12  
 תאריך קליטה בבי"ח: 12/01/20 שעה: 18:12

#### **אבחנות נוכחיות**

71.4 - Examination of individual involved in motor vehicle

#### **רגישויות**

לא ידוע

#### **תלונה עיקרית**

נכתב ע"י שי בושמיץ עוזרת רופא:  
 בן 28 לאחר תאונת דרכים

היום בשעות הערב היה מעורב בתאונת דרכים שבמהלכה רכב התנגש בצד האחורי ימני של הרכב בו נהג, חגור. לא נפתחו כריות אוויר.  
 שולל אובדן הכרה, בחילות והקאות וטשטוש רא"ה  
 ללא כאבי ראש.  
 מלין על כאבי בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל ובגב.  
 ללא מחלות רקע, אינו נוטל תרופות.  
 ללא רגישויות ידועות.

במיון

====

מדדים חיוניים תקינים.

AVIHAIM

00:11

13/01/2020

עמוד 1 מתוך 2

גרסה: 01



המרכז  
הרפואי  
שמיר



סודי רפואי

מעודכן ל: 12/01/20

מחלקה מיעצת: אורתופדיה

שעה: 23:42

### סיכום ייעוץ - יעוץ אורתופדיה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסמך אחריות/אחריות חוקית/אחריות פרט שחוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשיב, יש להעבירו לרופא המטפל במקום להבטחת רצף טיפולי

#### נתוני המטופל

שם: זיטון עמית ת"ז: 0-30517916 מקרה: 11463307 גיל: 28 ש מין: זכר  
כתובת: אילת 11, לוד, 7127634 קופ"ח: כללית

תאריך ייעוץ: 12/01/2020 שעת ייעוץ: 23:04

תאריך קבלה למחלקה: 12/01/2020

תאריך אשפוז: 12/01/2020

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: מיון כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

#### תוכן הייעוץ

בן 29, ברקע בריא  
לדבריו היום, ת"ד כנהג חגור, מנגנון אחורי צידי, ללא פתיחת כריות אויר, ללא  
איבוד הכרה. הוצא מהרכב ע"י מד"א, ללא  
הקאות או שינוי בסוגרים. שולל חבלות ישירות בגופו.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד  
על עקבים ואצבעות, ללא הגבלה בהנעת צוואר אך כאוב, ישנה רגישות פראורטברלית  
ורגישות על פני חוליות צוואריות, כיפוף ויישור גב מלאים, החזרי פיקה תקינים,  
הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב, ללא רגישות פראורטברלית מתנית, ישנה  
רגישות ע"פ מעבר עמ"ש טוראקו-מותני. SLR שלילי, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא  
חסר NV  
דיסטלי בגפיים

צילום - ללא עדות לשבר או פריקה.

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול



בבדיקה - ראש/נויר: GCS 15, אישונים שווים ומגיבים לאור, ללא סטיית לשון, תנועות עיניים עוקבות, כוח גס תקין, ללא סמני חבלה.

חזה: ללא סמני חבלה או רגישות.

בטן: ללא סמני חבלה או רגישות.

#### דין וסיכום הקבלה

תאונת דרכים ללא חבלת ראש, ללא אובדן הכרה בנוכחות בדיקה נוירולוגית תקינה. מלין על כאבים בצוואר ובגב. נבדק ע"י אורטופד - ראה ייעוץ מצורף.

#### מצב המטופל בשחרור ממיון

מצב כללי טוב

#### תכנית טיפול והמלצות להמשך

- משככי כאבים לפי הצורך.
- המשך מעקב רופא מטפל וחידוש טיפול תרופתי קבוע.
- יישום המלצות אורטופד.
- בכל מקרה של החמרה במצב: שינוי מצב הכרה, הקאות רציפות, כאבים עזים וכו' נא לשוב למיון.
- מנוחה.

חופשת מחלה: 3 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שחרר בליווי



#### חתימה

רופא מאשר: דר. מוסקוביץ, אביחי

00:11 13/01/20

מספר רשיון: 136391

חתימה:

גרסה: 01 עמוד 2 מתוך 2 13/01/2020 00:11 AVIHAIM

המלצות יועצ/ת לשחרור

המלצות:

- מנוחה 3 ימים
- שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- לכאבים חזקים רוקסט פלוס עד 3 פעמים ביום
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חתימה

שם היועץ: דר. גוטמן הירוש, אדוה רישיון: 146794 תאריך: 12/01/20 שעה: 23:42



17 00/10

ד"ר אלכסנדרה פלדמן  
משפחה  
15067  
שדרות בן גוריון 62  
08-9230914

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס

מרפאה: ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד מחוז: מרכז

23/01/2020 תאריך

הפניה למכון פיזיותרפיה  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |               |        |       |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |       |            |              |
| דיטון עמית        | 00-30517916-0 | 28.11  | ז     | 18/02/1991 | ציון         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת. לידה    | שם האב       |
| לוד               | אילת          | 11 / 1 | 54    | 2317498    | 77 - 9236795 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון חוקף |              |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 12/01/2020

מספר הפניה: 32514020724

גרם שולח  
2514  
מספר הפניה  
032514020724  
תז נבדק  
0305179160  
רשיון רופא  
015067

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה  
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020  
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020  
מאורב בת. דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלי  
שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל וגב  
נבדק במיון אסף הרפא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך  
16/01/2020  
23/01/2020

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77  
לחץ דם 110 / 70 31/03/2013

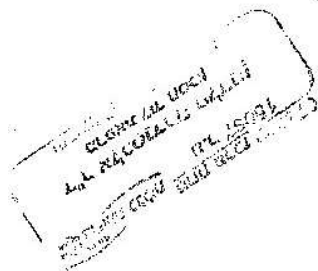
26/11/2019 מתאריך 124.16 eGFR

| מ. גילוי   | א. פיון         | בעיה                                    |
|------------|-----------------|-----------------------------------------|
| 01/01/2006 |                 | SMOKER                                  |
| 23/04/2017 | It              | FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED |
| 15/05/2018 |                 | CERVICALGIA                             |
| 12/01/2020 |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS                    |
| 12/01/2020 | It hip+shoulder | CONTUSION                               |
| 12/01/2020 |                 | BACKACHE                                |

3 ס.ה.ר

הפניה למכון פיזיותרפיה  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דיטון עמית  
הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן  
00-30517916-0

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד מחוז: מרכז

תאריך 23/01/2020  
14:37

### הפניה כללית

|                   |               |            |              |
|-------------------|---------------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | זיטון עמית |              |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-30517916-0 | ת. לידה    | 18/02/1991   |
| מס זהות           | 28.11         | מין        | ז            |
| שם האב            | ציון          | שם האב     | ציון         |
| לוד               | אילת          | טלפון      | 9236795 - 77 |
| ישוב              | רחוב          | טלפון      | 2317498 - 54 |
|                   | מס בית        |            | 11 / 1       |

תאריך תאונה 12/01/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32514020725

גורם שולח



מספר הפניה



תז נבדק



מספר רשיון



### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| 70017     | L9249     | בדיקת רופא אורתופד | 70017       |

זוהי משוערת

| אבחנה                | אפיון           | לוד  |
|----------------------|-----------------|------|
| ACCIDENT/INJURY, NOS |                 | A80  |
| CONTUSION            | lt hip+shoulder | 9249 |
| BACKACHE             |                 | 7245 |
| CERVICALGIA          |                 | 7231 |

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020  
מאורב בת. דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלו  
שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל, ירך שמאל וגב  
נבדק במיון אסף הרופא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך  
16/01/2020  
23/01/2020

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77  
לחץ דם 110 /70 31/03/2013

26/11/2019 מתאריך 124.16 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

ס.ה.ר. 3

הפניה כללית  
זיטון עמית  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2  
23/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                                    |
|------------|-----------------|-----------------------------------------|
| 01/01/2006 |                 | SMOKER                                  |
| 23/04/2017 | lt              | FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED |
| 15/05/2018 |                 | CERVICALGIA                             |
| 12/01/2020 |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS                    |
| 12/01/2020 | lt hip+shoulder | CONTUSION                               |
| 12/01/2020 |                 | BACKACHE                                |

מספר רשיון: 15067  
 חתימה וחוקת הרופא

15067

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



ס.ה.ר. 3

הפניה כללית

זימון עמית

דף 2 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

00-30517916-0 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 23/01/2020





059956020  
X 2700

שם הרופא: ד"ר מגיד יונס  
תחום: רפוא א.א.ג.  
מספר רשיון: 105574  
כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד  
טלפון: 08-9770002  
פקס: 08-9770001  
מחוז: מרכז  
מרכז מקצועי: מרכז מרכז

28/01/2020 תאריך

הכניה למכון שמיעה

פרטי המטופל

זיטון עמית  
שם משפחה ושם פרטי: 00-30517916-0  
מס זהות: 28.11  
גיל: 18/02/1991  
מין: ז  
ציון: 18/02/1991  
שם האב: 77 - 9236795  
טלפון ניסוף: 54 - 2317498  
טלפון: 11 / 1  
מס בית: 11  
אילת: 11  
רחוב: 11  
לוד: 11  
שם: 11

12/01/2020 תאריך תאונה

סוג התאונה: 1 תאונה דרכים



3058



033058272805



0305179160



105574

לכבוד: מכון שמיעה

שירות  
רפואי  
75007  
75053

תיאור רפואי

קוד: 75007  
קוד: 75053  
שירות: משה"ב  
שירות: משה"ב  
בדיקת שמיעה מקיפה  
טימפנומטריה



ACCIDENT/INJURY, NOS  
TINNITUS  
CERUMEN

אבחנה

אבחנה משוערת  
קוד: A80  
איפיון: MVA  
3883  
3904

החלפת MVA, מצוין שהיתה תבולת צוואר - מאז מתלכן על סמך

ממצאים בבדיקה: פנים: סמטיות, עצב 7 תקין, ח"א  
צוואר: לא מושג בלחות נטולות  
פה ולוע: ללא טריסמוס ללא PND  
אף: רירית תקינה  
עיניים: ללא ניסטגמוס  
אוזניים: צינורן ח"א בקה תקינה



105574

מספר רשיון

ד"ר מגיד יונס

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד הגור יס' לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום לעיל

ס.ת.ה. 3

הפניה לבדיקת שמיעה

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

28/01/2020

הצויה ע"י ד"ר מגיד יונס

08-30517916-0

זיטון עמית

שם הרופא: אורן ברזל  
תחום: אורתופדיה  
מספר רשיון: 37882  
כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד  
טלפון: 08-9770002  
פקס: 08-9770001  
מרפאה: לוד סנטר - מרכז מקצועי מחוז: מרכז

תאריך: 28/01/2020

**סיכום ביקור**

|                   |  |               |  |       |  |            |  |              |  |
|-------------------|--|---------------|--|-------|--|------------|--|--------------|--|
| פרטי המטופל       |  | 00-30517916-0 |  | 28.11 |  | 18/02/1991 |  | ציון         |  |
| שם משפחה ושם פרטי |  | מס זהות       |  | גיל   |  | ת. לידה    |  | שם האב       |  |
| אילת              |  | 11 / 1        |  | 54    |  | 2317498    |  | 77 - 9236795 |  |
| לוד               |  | מס בית        |  | רחוב  |  | טלפון      |  | טלפון נוסף   |  |

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/01/2020  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
תלונות/סיבת הפניה: היה מעורב בתאונת דרכים ב-12/1/2020. פונה לאספק הרפא-ללאפונייה של כריות אוויר. מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב ותחתון. וירך שמאל. מלין על טיטון

בדיקה גופנית: רגישות עמ"ש צווארי. רגישות מותנית. ידים כח גס שמור. תחושה שמורה. רגלים כח גס שמור, תחושה שמורה.



| קוד  | איפיון | אבחנה           |
|------|--------|-----------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY |
| 7231 |        | CERVICALGIA     |
| 7242 |        | LOW BACK PAIN   |

| תרופות בביקור            | עוד | ח | ק | נ | OP    | סה"כ | משך | פ | יחידה | הגשה   | מנה | תרופה |
|--------------------------|-----|---|---|---|-------|------|-----|---|-------|--------|-----|-------|
| ETORICOXIB TAB 90MG 90MG | 1   | P | 0 | N | יחידה | 14   | 14  | D | 1     | טבליות | 1   | TAB   |
| ROKACET PLUS CAP (D) CF  | 1   | P | 0 | N | יחידה | 20   | 40  | D | 2     | קפליט  | 1   | CPL   |

| תאונה | נ"ל | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                    |
|-------|-----|----------|--------------|-----|--------------------------|
|       |     |          |              |     | ETORICOXIB TAB 90MG 90MG |
|       |     |          |              |     | ROKACET PLUS CAP (D) CF  |

התראת תרופות:

סיכום והמלצות: רושם מטופל שבעים לאחר תאונת דרכים. עדין כאבים. קושי לישון. טיפול בנוגדי כאבים. פזיטראפיה. מעקב לפי צורך

סיכום ביקור  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2  
28/01/2020  
הודפס ע"י אורן ברזל  
517916-0  
דיטון עמית



בברכה,

אורן ברזל

37882

מס' רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא



דף 2 מ 2

28/01/2020

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הודפס ע"י אורן ברזל 00-30517916-0

סיכום ביקור

דיטון עמית

שם הרופא: ד"ר איליה שקרוב  
תחום: רופא משפחה  
מספר רשיון: 31082  
כתובת: שדרות בן גוריון 62  
טלפון: 08-9230914  
פקס:  
מרפאה: ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד מחוז: מרכז

תאריך 16/04/2020

### הפניה לרפואה יועצת

|                   |         |            |              |
|-------------------|---------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |         | זיטון עמית |              |
| 00-30517916-0     | 29.02   | 18/02/1991 | ציון         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל        | ז' מין       |
| אילת              | 11 / 1  | 54         | 2317498      |
| לוד               | מס בית  | טלפון      | טלפון        |
| ישוב              | רחוב    | טלפון מסך  | 77 - 9236795 |

תאריך תאונה 12/01/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32514021172

גורם שולח  
2514

מספר הפניה  
032514021172

תז נבדק  
0305179160

מספר רשיון  
015067

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

|             |                    |           |           |
|-------------|--------------------|-----------|-----------|
| שירות רפואי | תיאור רפואי        | קוד שירות | קוד משה"ב |
| 70017       | בדיקת רופא אורטופד | L9249     | 70017     |



הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/01/2020  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/01/2020  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/01/2020  
מאורב בת דרכים אתמול, משהו נכנס ברכב שלו  
שולל אובדן הכרה, בחילות, כאבים בעורף, כתף שמאל וגב  
נבדק במיון אסף הרופא נעשה צילום חזה, עיש מותני, גבי צווארי כתף ירך  
16/01/2020  
23/01/2020  
16/04/2020  
עדיין יש כאבי גב, צוואר, עקב מצב (וירוס קורונה) - כעת ללא טיפול של פיזיותרפיה

סימנים חיוניים: גובה 165 03/04/2013 משקל 62 03/04/2013 bmi 22.77

לחץ דם 110 / 70 31/03/2013

eGFR 124.16 מתאריך 26/11/2019

אבחנה משוערת

3 ה.ר.ס

הפניה לרפואה יועצת  
ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד  
מספר רשיון: 31082  
כתובת: שדרות בן גוריון 62  
טלפון: 08-9230914  
פקס:  
מרפאה: ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד מחוז: מרכז

| אבחנה                | איפיון          | קוד  |
|----------------------|-----------------|------|
| ACCIDENT/INJURY; NOS |                 | A80  |
| CONTUSION            | lt hip+shoulder | 9249 |
| BACKACHE             |                 | 7245 |
| CERVICALGIA          |                 | 7231 |

דין/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 23/01/2020  
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פידיותרפיה אבחון וב, טופס הפניה כללי -  
70017-בדיקת רופא אורתופד  
16/04/2020

| בעיות פעילות | מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                                    |
|--------------|------------|-----------------|-----------------------------------------|
|              | 01/01/2008 |                 | SMOKER                                  |
|              | 23/04/2017 | lt              | FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED |
|              | 15/05/2018 |                 | CERVICALGIA                             |
|              | 12/01/2020 |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS                    |
|              | 12/01/2020 | lt hip+shoulder | CONTUSION                               |
|              | 12/01/2020 |                 | BACKACHE                                |

ד"ר שקרוב איליה  
מ.ר 31082  
רופא משפחה

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

31082

ד"ר איליה שקרוב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



ס.ה.ר. 3

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יעצת

דף 2 מ 2

16/04/2020

הודפס ע"י ד"ר איליה שקרוב

00-30517918-0

זיטון עמית

תאריך 09/08/2020

**הפניה לדימות**

|                   |  |               |  |       |  |            |  |              |  |
|-------------------|--|---------------|--|-------|--|------------|--|--------------|--|
| פרטי המטופל       |  | 00-30517916-0 |  | 29.05 |  | 18/02/1991 |  | ציון         |  |
| שם משפחה ושם פרטי |  | מס זהות       |  | גיל   |  | ת. לידה    |  | שם האב       |  |
| אילת              |  | 11 / 1        |  | 54    |  | 2317498    |  | 77 - 9236795 |  |
| לוד               |  | מס בית        |  | טלפון |  | טלפון      |  | טלפון נוסף   |  |
| ישוב              |  | רחוב          |  | טלפון |  | טלפון      |  | טלפון נוסף   |  |

**מספר הפניה: 32514021989**

רשיון רופא 015067 תז נבדק 0305179160 מספר הפניה 032514021989 גורם שולח 2514

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם סופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד! אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במקום הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מוגבשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 78003     | L1028     | US .o.a     | רקמות רכות  |
|           |           |             | 10405037    |

המטופל מתלונן על כאבים ברגל שמאל QUADRICEPS

סימנים חיוניים גובה 165 נמדד ב: 03/04/2013 משקל 62 נמדד ב: 03/04/2013 BMI 22.77

לחץ דם 110 / 70 נמדד ב: 31/03/2013

eGFR 124.16 מתאריך 26/11/2019

**אבחנה משוערת**

| קוד  | אבחנה     | איפיון |
|------|-----------|--------|
| 7295 | PAIN FOOT |        |

**בעיות פעילות**

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                                    |
|------------|-----------------|-----------------------------------------|
| 01/01/2006 |                 | SMOKER                                  |
| 23/04/2017 | lt              | FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED |
| 15/05/2018 |                 | CERVICALGIA                             |
| 12/01/2020 |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS                    |
| 12/01/2020 | lt hip+shoulder | CONTUSION                               |
| 12/01/2020 |                 | BACKACHE                                |

ס.ה.ר. 3

הפניה לדימות \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דיטון עמית  
09/08/2020  
הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן  
00-30517916-0  
דף 1 מ 2

הערות: איזור הקבדריצפס שמאל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בהצי שנה האחרונה

בריאת כללית מוחזקת  
מ"ר 15067  
ד"ר מלדמן אלכסנדרה  
רופאת משפחה

15067

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

חרימה וחולמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



3 ה.ה.ר.

דף 2 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לדימות

09/08/2020

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן

00-30517916-0

דיטון עמית



שם הרופא: ד"ר מיכאל רבקין  
תחום: מומחה באורטופדיה  
מספר רשיון: 25214  
כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד  
טלפון: 08-9770002  
פקס: 08-9770001  
מרפאה: לוד סנטר - מרכז מקצועי מחוז: מרכז

תאריך: 04/11/2020 הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

דיוטון עמית

שם משפחה ושם פרטי: 00-30517916-0

שם האב: 77 - 9236795

ת. לידה: 18/02/1991

מין: ז

גיל: 29.08

מס זהות: 11 / 1

אילת: רחוב

לוד: ישוב

טלפון נוסף: 54 - 2317498

טלפון: 77 - 9236795

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 12/01/2020

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058291852

תז נבדק



0305179160

מספר רשיון



025214

## לכבוד: מרפאה לרפואה משלימה

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון          | אבחנה                |
|------|----------------|----------------------|
| 7231 | POST TRAUMATIC | CERVICALGIA          |
| 7242 | POST TRAUMATIC | LOW BACK PAIN        |
| A80  |                | ACCIDENT/INJURY; NOS |



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/01/2020: היה מעורב בתאונת דרכים ב-12/1/2020. פוגע לאטף הרופא- ללאפתיחה של כריות אוויר. מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב תחתון. ירך שמאל. מלין על טיטון. 04/11/2020: ממשיך לסבול מכאבי צוואר וגב תחתון, הרדמות יד שמאל ורגל ימין לסירוגין.

ממצאים בבדיקה: רגישות והגבלה בתנועות עמ"ש צוואר. הכאב מוקד לעורף ולכתפיים. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושונה בידים. החזרים ביצפס, טריצפס ובראכיווריאליס הופקו סימטרי. ללא סימנים קליניים של מיאלופטיה. רגישות למישוש ובתנועות עמ"ש מותני, הגבלה בתנועות SLR. חיובי 60 ד" צדדי CROSS שלילי. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושונה ברגליים. היפראסטיות ברגל שמאל. החזר פיקה הופק סימטרי. החזר אכילס הופק סימטרי. ללא אבדן שליטה על סוגרים.

## היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מ. גילוי   | אפיון           | בעיה                                    |
|------------|-----------------|-----------------------------------------|
| 01/01/2006 |                 | SMOKER                                  |
| 23/04/2017 | lt              | FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED |
| 15/05/2018 |                 | CERVICALGIA                             |
| 12/01/2020 |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS                    |
| 12/01/2020 | lt hip+shoulder | CONTUSION                               |
| 12/01/2020 |                 | BACKACHE                                |

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

פניה כללית - נוסח חופשי

04/11/2020

ד"ר מיכאל רבקין

0517916-0

יוטון עמית



דו"ח סיכום טיפולי פיזיותרפיה

שם ושם משפחה: רסן ליה  
ת.ז.: 30517916-0  
תאריך תאמת ~~הזכיה~~ / תאונת עבודה: 20/11/2020  
אבחנה: Cervicalgia.  
הנ"ל קיבל טיפולים מתאריך: 24/2/20 עד תאריך: 18/9/20  
סה"כ: 6 טיפולים.



בברכה  
מכון פיזיותרפיה  
שד' הציונות 1, לוד  
טל: 08-9208507 פקס: 077-5340379  
פיזיולוד

053-9956020

רמ"ד ירמיהו  
רמ"ד ירמיהו

ד"ר מגיד יונס  
רפא א.א.ג.  
105574  
שדרות ירושלים 1, לוד  
08-9770002  
08-9770001

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס

מרכז מקצועי - מרכז:מרכז

19/10/2020 תאריך

### הפניה למכון שמיעה

פרטי המטופל

| זיטון עמית | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל   | ז       | 18/02/1991 | ציון    |
|------------|-------------------|---------|-------|---------|------------|---------|
| לוד        | אילת              | 11 / 1  | 54    | 2317498 | 77         | 9236795 |
| ישוב       | רחוב              | מס בית  | טלפון | טלפון   | שם האב     | שם האב  |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33058290424

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058290424

תז נבדק



0305179160

רשיון רפא



105574

לכבוד: מכון שמיעה

| שירות | קוד   | קוד   | תיאור רפואי       |
|-------|-------|-------|-------------------|
| רפואי | משה"ב | שירות |                   |
| 75007 | 92557 | 75007 | בדיקת שמיעה מקיפה |
| 75053 | 92567 | 75053 | טימפנומטריה       |



אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  | MVA    | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 3883 |        | TINNITUS             |
| 3804 |        | CERUMEN              |

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/01/2020  
MVA, מציין שהיתה חבלת צוואר - מאז מתלונן על טנטון  
19/10/2020  
עוד לא בצע בדיקת שמיעה

ממצאים בבדיקה  
בדיקה גופנית מתאריך 28/01/2020  
פנים: סמטיות, עצב 7 תקין דו"צ  
צוואר: לא נמושו בלוטות מוגדלות  
פה ולוע: ללא טריסמוס ללא PND  
אף: רירית תקינה  
עיניים: ללא ניסגמוס  
אוזניים: צירומן דו"צ נוקה תקינות  
19/10/2020  
אוזניים: צירומן דו"צ נוקה, תעלות ותופיות תקינות  
שאר בדיקה תקינה

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

19/10/2020

הידיפס ע"י ד"ר מגיד יונס



ד"ר מגיד יונס

105574

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחוקת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם נדרש לשלוח על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית ([www.clalit.co.il](http://www.clalit.co.il)).



הפניה לבדיקת שמיעה

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2 מ 2

זימון עמית

הודפס ו"י ד"ר מגיד יונס 00-30517916-0

19/10/2020

תאריך: 04/11/2020

הפניה לדימות

|             |                   |              |            |           |
|-------------|-------------------|--------------|------------|-----------|
| פרטי המטופל | 00-30517916-0     | 29.08        | 18/02/1991 | ציון      |
| דיטון עמית  | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות      | גיל        | מין       |
| לוד         | רחוב              | מס בית       | טלפון      | שם האב    |
| ישוב        | 77 - 9236795      | 54 - 2317498 | טלפון מסך  | טלפון מסך |

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33058291851

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058291851

תז נבדק



0305179160

רשיון רופא



025214

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד:

אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון CT



שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי                 | קוד משה"ב | קוד שירות |
|-------------|-----------------------------|-----------|-----------|
| 10304010    | CT עמוד שדרה צווארי         | L1039     | 78073     |
| 10304017    | CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | L1039     | 78073     |

המטופל מתלונן על תלונות/סיבת הפניה מתאריך 28/01/2020:  
היה מעורב בתאונת דרכים ב-12/1/2020.  
פונה לאספק הרפואי ללאפתיחה של כריות אוויר.  
מאז כאבים בעורף בכתף שמאל וגב תחתון.

יורר שמאל.

מלין על טיטון

04/11/2020

ממשיך לסבול מכאבי צוואר וגב תחתון, הרדמות יד שמאל ורגל ימין לסירוגין.

ממצאים עיקריים: רגישות והגבלה בתנועתיות עמ"ש צווארי. הכאב מוקרן לעורף ולכתפיים. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה בידיים. החדרים ביצפס, טריצפס ובראכיוורדיאליס. הופקו סימטרי. ללא סימנים קלינים של מיאלופטיה. רגישות למישוש ובתנועות עמ"ש מתני, הגבלה בתנועות SLR חיובי 60 דו צדדי. CROSS שלילי. כוח גס תקין. תחושה שמורה ושווה ברגליים. היפראסטזיות ברגל שמאל. החזר פיקה הופק סימטרי. החזר אכילס הופק סימטרי. ללא אבדן שליטה על סוגרים.

ס.ה.ה. 3

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

04/11/2020

הודפס ע"י ד"ר מיכאל רבקין

00-30517916-0

הפניה לדימות

דיטון עמית

אבחנה משוערת

| אבחנה                | איפיון         | קוד  |
|----------------------|----------------|------|
| CERVICALGIA          | POST TRAUMATIC | 7231 |
| LOW BACK PAIN        | POST TRAUMATIC | 7242 |
| ACCIDENT/INJURY; NOS |                | A80  |

בעיות פעילות

| בעיה                                    | איפיון          | מ.גילוי    |
|-----------------------------------------|-----------------|------------|
| SMOKER                                  |                 | 01/01/2006 |
| FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED | lt              | 23/04/2017 |
| CERVICALGIA                             |                 | 15/05/2018 |
| ACCIDENT/INJURY; NOS                    |                 | 12/01/2020 |
| CONTUSION                               | lt hip+shoulder | 12/01/2020 |
| BACKACHE                                |                 | 12/01/2020 |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר מיכאל רבקין  
שם הרופא  
25214  
מספר רשיון  
חתימה וחזותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



ס.ה.ר. 3

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 2 מ 2  
04/11/2020  
00-30517916-0  
הודפס ע"י ד"ר מיכאל רבקין

הפניה לדימות  
זיטון עמית



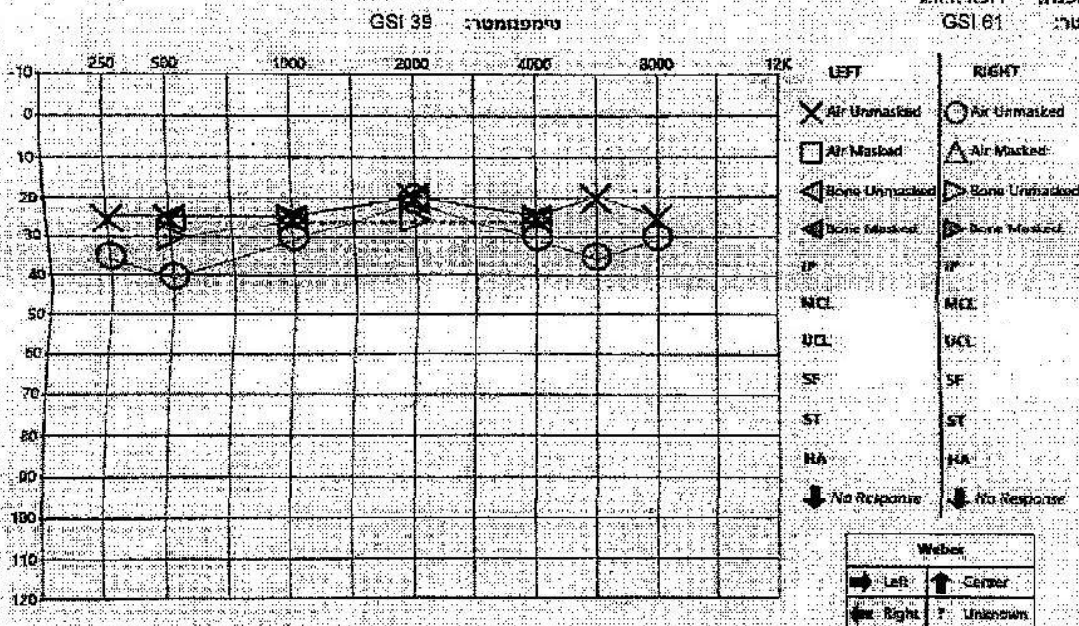
שם מטפל: נטל מורדר  
תחום: קליטאות תקשורת  
מספר רישוי: 1397965  
כתובת: רחוב דוד 71, רחובות  
טלפון: 08-9445111  
פקס: 08-9445102  
מרכז ריחוד - מרכז מקצועי - רחובות  
מחוז: מרכז

תאריך: 12/01/2021

## סיכום בדיקת שמיעה

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| פרטי המטופל       | זיסון עמית                |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-30517916-0             |
| מס' זהות          | 29.11                     |
| גיל               | 18/02/1991                |
| מין               | ז                         |
| שם האב            | ציון                      |
| שם האם            | 77 - 9238795              |
| שבת אפרים         | 54 - 2317498              |
| לוח               | 4 / 4                     |
| ישוב              | מס' בית                   |
| רחוב              | טלפון מס' טלפון מס' טלפון |

תאריך בדיקה: 12/01/2021  
רופא מפנה: רופא א.א.ג.  
אודיומטר: GSI 61



## Speech Audiology

| RT Value      | Mask | Mask          | Mask |
|---------------|------|---------------|------|
| SRT           | 20   | SRT           | 15   |
| SRT(mask)     |      | SRT(mask)     |      |
| (%)DISC       | 96%  | (%)DISC       | 96%  |
| DB            | 55   | DB            | 50   |
| SRT BC        |      | SRT BC        |      |
| SRT BC (mask) |      | SRT BC (mask) |      |
| SRT FF        |      | SRT FF        |      |
| SDT           |      | SDT           |      |
| MCL           |      | MCL           |      |
| UCL           | 105  | UCL           | 100  |
| SRT HA        |      | SRT HA        |      |

## טימפנומטריה

| Type       | RT Value | A0  | LT Value | A-50 |
|------------|----------|-----|----------|------|
| Compliance |          | 1.1 |          | 1.1  |
| Volume     |          | 1.7 |          | 1.4  |
| ETF        |          |     |          |      |

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2  
12/01/2021  
הודפס ע"י נטל מורדר  
00-30517916-0

סיכום בדיקת שמיעה  
זיסון עמית



|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| מסמך אוטוסקופי יוקי צומן דו צדדי              | הקד |
| מסמך אוטוסקופי ב.מ.ס                          |     |
| מצב בריאותי מבוגרים לאבי גב בקל ת.ד.          |     |
| היסטוריה מבוגרים חשיפה לרעש במקום עבודתו כיום |     |

|                                        |
|----------------------------------------|
| סיבת ההפסקה                            |
| בדיקה חוזרת בשל חשש התאמה בבדיקה קודמת |
| סימני חלדני צדדי                       |

|                     |
|---------------------|
| תלומת המטופל/המשפחה |
| חשד לרידה בשמיעה    |
| נמנע דו צדדי        |
| לסירוגין            |

|                            |
|----------------------------|
| חוצאות                     |
| נשמע - ירידה חזונית בשמיעה |
| מין: ימנית שמערת עד קלת    |
| ירידה חזונית               |

|                    |
|--------------------|
| הפרזות בדיקת שמיעה |
| תגובות לא עקביות   |
| תגובות אטייות      |

|                                             |
|---------------------------------------------|
| העולמות                                     |
| יש לחזור עם תגובות בבדיקה לדופא א.א.ג.      |
| מעקב שמיעה לפני המלצות דופא א.א.ג.          |
| המשקל סילו זכור על פי שיקול דעת דופא א.א.ג. |
| קלינאי/ית תקשורת: בטע מוכרז                 |
| 1397965                                     |

חתימה

מס. רישון

שם



סיכום בדיקת שמיעה  
 \*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
 דף 2 מ 2  
 12/01/2021  
 00-30517936-0  
 חודפס ע"י בטע מוכרז  
 זיון עמית



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) אר"צ, 7033001  
מסוף למקולטה לרפואה על שם מקדל, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifa, 7033001  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University  
www.shamir.org



המרכז  
הרפואי  
שמיר



06.01.21

30517916-8

מזאלי / Mazali

7127634

**תוכן: העתק אישור לטומוגרפיה ממוחשבת קרן**

חבר/ת: ד"ר/ת עמית ט 30517916-8 מזהות/ת ביום רביעי 06/01/2021 לשעה 15:12  
לסרטוגרפיה ממוחשבת קרן לס"ט כלל אזור בבנין 126-העבודות ומכונות (שילוט כחול)  
קרקע

| קוד מ"ק | תאריך סריקה | תאריך זרימה | כמות |
|---------|-------------|-------------|------|
| 11039   | 15.01.21    | 15.01.21    | 1    |
| 11039   | 15.01.21    | 15.01.21    | 1    |

**שם המזמין: שם המערכת: ות"כ: העתק**

| שם המזמין                     | שם המערכת                     | ות"כ                          |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) | המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) | המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) |

**לשירות: ליבר, לא סריקה, העתק מזהות לא נוכח לקבל**

הזמנה זו היא בתוקף להאריך זמן בלבד, במידה ואין באשרותך להגיע, אוז הודיענו, בתקופת הצפון.

| מס' הזמנה  | מס' סריקה  | מס' זרימה  |
|------------|------------|------------|
| 08-9779810 | 08-9779831 | 08-9779831 |

| הערות                                                                                    | הערות                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| הזמנה זו היא בתוקף להאריך זמן בלבד, במידה ואין באשרותך להגיע, אוז הודיענו, בתקופת הצפון. | הזמנה זו היא בתוקף להאריך זמן בלבד, במידה ואין באשרותך להגיע, אוז הודיענו, בתקופת הצפון. |

| חודש | יום | שעה   | מס' הזמנה  | מס' סריקה | מס' זרימה |
|------|-----|-------|------------|-----------|-----------|
| 01   | 06  | 15:12 | 30517916-8 | 11039     | 11039     |

בברכה,  
מנהל ממוחשבת קרן

## נספח 4

# העתק פרוטוקולים ועדות רפואיות מסומנת כנספח ת/4

עמ' 44-76





עמוד 1 מתוך 1

מספר זהות: 305179160  
כ' כסלו תשפ"ב  
24 נובמבר 2021

לכבוד  
עמית זיטון

## הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 12/01/2020), הוועדה הרפואית המסכמת בה השתתפת מיום 17/11/2021, לא קבעה את דרגת נכותך והחליטה לקיים דיון נוסף. הסיבה: נדרשת חוות דעת נוספת.

כללי

הודעה על מועד הוועדה ישלח בנפרד.

לתשומת  
לבך

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,  
דיאנה אמינוב  
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

## לשירותך

בסניף ליד ביתך  
סניף ראשי רמלה, מס דני 9  
רמלה  
פקס: 08-9777393



במוקד הטלפוני  
6050 \* או 04-8812345  
שעות מענה:  
א-ה 8:00-17:00  
44



באתר האינטרנט  
www.btl.gov.il





## דוח ועדה רפואית

עמית זיטון, מספר זהות 305179160

|                |                |               |              |
|----------------|----------------|---------------|--------------|
| סניף המגורים   | סניף הוועדה    | מספר ועדה     | תאריך הוועדה |
| סניף ראשי רמלה | סניף ראשי רמלה | NV-33938-2500 | 17/11/2021   |

## פרטים אישיים

|             |            |             |       |                            |
|-------------|------------|-------------|-------|----------------------------|
| שם:         | מספר זהות: | תאריך לידה: | מגדר: | כתובת למשלוח דואר          |
| עמית זיטון  | 305179160  | 18/02/1991  | זכר   | שבט אפרים 4/4, לוד 7135292 |
| טלפון:      |            |             |       |                            |
| 054-2317498 |            |             |       |                            |

## פרטי התביעה

|              |                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | תיאור הפגיעה                                    |
| 12/01/2020   | מעמד תעסוקתי: עצמאי שף                          |
|              | תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי     |
|              | מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל, ירך שמאל וגב. |

## תשלום דמי פגיעה

## תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

|            |            |         |
|------------|------------|---------|
| מתאריך     | עד תאריך   | פירוט   |
| 13/01/2020 | 09/02/2020 | 28 ימים |

## תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

|            |            |                        |
|------------|------------|------------------------|
| מתאריך     | עד תאריך   | פירוט                  |
| 09/04/2020 | 12/04/2020 | לא נעדר מהעבודה        |
| 13/04/2020 | 24/04/2020 | תום תקופת אי הכושר-92' |

## נוכחות בדיון

|                    |                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| התובע נכח בדיון    | זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות                |
| עורך דין נכח בדיון | אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות |

## משתתפי הוועדה

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| ד"ר יעקב זאברמן | ניירוכירורגיה                       |
| ד"ר זיו וסרברוט | כירורגיה אורטופדית, כירורגיה של היד |
| טובית זוהר      | מזכיר הישיבה                        |

**דברי התובע****פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p>מנגנון תאונה קשה, פגיעה במהירות גבוהה.<br/>חזר לעיסוקו בהיקף קטן יותר, עשה טיפולי פיזיותרפיה.<br/>כרגע, הופנה לטיפול רפואה משלימה.<br/>מצ"ב מסמכים רפואיים ובדיקות הדמיה. CT עמ"ש צווארי הדגים בלט עם לחץ על השק וכן CT עמ"ש מותני הדגים גם כן בלטים.<br/>מאז התאונה, כאבים והגבלות תנועה של הצוואר והגב, הקרנת כאבים ליד שמאל ולרגליים.<br/>מתקשה בשיבה, עמידה והליכה ממושכת.<br/>יש ירידה בשמיעה וטינטון מאז התאונה, נבקש לזמנו לחו"ד אג.</p> | <p>עורך דין</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: שף  
קיימת ירידה בהכנסה, פחות שע' מבעבר, קושי לעבוד לאורך הרבה זמן

**הצהרה****הצהרה של עמית זיטון**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר יעקב זאברמן, טובית זוהר, ד"ר זיו וסרברט
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

**בדיקה**

בדיקה נוירולוגית: כח גס 5/5 בכל הקבוצות 4 גפיים. SLR שלילי דו"צ. תחושה שמורה. החזרים תקינים.  
מתהלך ללא צליעה.  
בדיקה אורטופדית: ע"ש מותני לורדוזיס מותני שמור. ללא ליסט. ללא ספזאם שרירים. כיפוף לפנים אקטיבי  
עד גובה ברכיים. יישור לאחר 5 מע'. הטייה לצדדים 10 מע' לכל צד. ע"ש צווארי לורדוזיס שמור. ללא

ספאזם שרירים. רוטציות 30 מע' לכל צד. יישור וכיפוף 20 מע'. בבדיקה עקיפה תנועות צוואר וגב תחתון מלאות.

---

#### מסקנות

הוועדה מבקשת חוו"ד אא"ג . הוצגו מסמכים בתחום. תסכם ללא נוכחות.

**החלטה**

הדיון נעצר עקב חסרה התמחות: אף אוזן גרון.

**הצהרה של חברי הועדה**

הצהרה של: ד"ר יעקב זאוברמן

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר יעקב זאוברמן מ"ר 32721

רופא מומחה בנוירוכירורגיה, מת"מ 22229

הצהרה של: ד"ר זיו וסרברוט

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר זיו וסרברוט מ"ר 1-86038

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 2578

רופא מומחה בכירורגיה של היד, מת"מ 38020



**הצהרה של מזכיר הוועדה: טובית זוהר**

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: טובית זוהר

## נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

| שם המסמך                                                                          | תאריך המסמך |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ביקור גלובלי במיון ER - global charge                                             | 13/01/2020  |
| מד"א                                                                              | 12/01/2020  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                            | 22/07/2021  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                            | 21/07/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) -אורטופדיה                                                   | 29/08/2021  |
| כרטיס רפואי (רופא מטפל)                                                           | 31/08/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) -אונקולוגיה                                                  | 01/09/2021  |
| ב. רופא בב"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam                                 | 12/01/2020  |
| תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury                     | 16/01/2020  |
| תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation (2203) for work injury | 16/04/2020  |
| אישור מחלה                                                                        | 13/01/2020  |
| תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה                                     | 21/04/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                                   | 23/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                                      | 23/01/2020  |
| הפניה לבדיקה                                                                      | 29/01/2020  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic                                             | 28/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                                      | 16/04/2020  |
| הפניה לדימות                                                                      | 09/08/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                                   | 04/11/2020  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                            | 06/10/2021  |
| הפניה לבדיקה                                                                      | 19/10/2020  |
| הפניה לדימות                                                                      | 04/11/2020  |
| בדיקת שמיעה Hearing test כולל טימפנומטריה                                         | 12/07/2021  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                            | 06/01/2021  |



## דוח חוות דעת אף אוזן גרון

עמית זיטון, מספר זהות 305179160

|              |                |                |               |              |
|--------------|----------------|----------------|---------------|--------------|
| סניף המגורים | סניף ראשי רמלה | סניף הוועדה    | מספר ועדה     | תאריך הוועדה |
|              |                | סניף ראשי רמלה | NV-36827-2500 | 24/02/2022   |

## פרטים אישיים

|             |            |             |       |                            |
|-------------|------------|-------------|-------|----------------------------|
| שם:         | מספר זהות: | תאריך לידה: | מגדר: | כתובת למשלוח דואר          |
| עמית זיטון  | 305179160  | 18/02/1991  | זכר   | שבט אפרים 4/4, לוד 7135292 |
| טלפון:      |            |             |       |                            |
| 054-2317498 |            |             |       |                            |

## פרטי התביעה

|              |                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | תיאור הפגיעה                                                                                                                                                                           |
| 12/01/2020   | <ul style="list-style-type: none"> <li>מעמד תעסוקתי: עצמאי שף</li> <li>תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי</li> <li>מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל, ירך שמאל וגב.</li> </ul> |

## תשלום דמי פגיעה

| תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה    |            |                         |
|--------------------------------|------------|-------------------------|
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 13/01/2020                     | 09/02/2020 | 28 ימים                 |
| תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה |            |                         |
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 09/04/2020                     | 12/04/2020 | לא נעדר מהעבודה         |
| 13/04/2020                     | 24/04/2020 | תום תקופת אי הכושר-92'o |

## נוכחות בדיון

|                    |                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| התובע נכח בדיון    | זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה               |
| עורך דין נכח בדיון | אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות |

## משתתפי הוועדה

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| ד"ר רומן ז'ורניצקי | אף אוזן גרון |
| איילת ברונשטיין    | מזכיר הישיבה |

**דברי התובע****פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו**

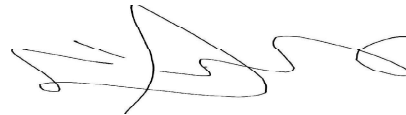
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| לקוח     | אני נמצא במצב שלפעמים אני יושב ורושם תפריטים והטנטון מפריע לי בריכוז, יש לי קושי במצבים של מוזיקה חזקה, אני יעם חי עם זה אבל מאז התאונה זה בא והולך, פעמיים ביום או אחת לשבוע                                                                                                                                                 |
| עורך דין | מדובר במנגנון של תאונה קשה, עמד ורכב שברח במהירות גבוהה נכנס ברכבו, בנס הנזק לא חמור יותר, בתחום אגג כבר לאחר התאונה החל להתלונן על טנטון והפרעה בשמיעה, הופנה לבדיקה ומאז סובל מטנטון וירידה קלה בשמיעה, אבקש מהועדה מדובר באדם רפואי ללא עבר בתחום, אבקש לקבוע נכות בתחום אגג אשר תביא לידי ביטוי את הטנטון והירידה בשמיעה. |

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: שף  
קיימת ירידה בהכנסה,**הצהרה****הצהרה של עמית זיטון**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר רומן ז'ורניצקי, איילת ברונשטיין
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

**מידע רפואי**

בדיקת שמיעה מתאריך: 12/07/2021

**בדיקה**

בבדיקת אוזניים - תופיות תקינות.  
בבדיקת שמיעה מיום 12.7.21 - ירידה הולכת קלה מימין ללא תמיכה בטימפנומטריה, קיים פער בין תוצאות שך PTA לבין SRT.  
בדו"ח מיום התאונה מצוין שלא הייתה חבלת ראש, לא נפתחו כריות אויר ולא היה אובדן הכרה.  
התובע שוחרר לביתו בהמלצה של 3 ימי מנוחה בלבד.

**מסקנות**

היועץ קובע כי לתובע לא נגרם נזק למערכת אאג בעת התאונה, לא מדובר בפגיעה קשה אלא בתאונה קלה, ללא חבלת ראש, הפגיעות מסוג זה לא גורמות לירידה בשמיעה או לטנטון.

**אבחנות**

| אבחנות            |           |            |                                        |
|-------------------|-----------|------------|----------------------------------------|
| אבחנה             | איבר / צד | תקופה      | דגשים                                  |
| 388.3 - טנטון     |           | 12/01/2020 | אין קשר סיבתי לפגימה שהוכרה (אין קש"ס) |
| 389 - ליקוי שמיעה |           | 12/01/2020 | אין קשר סיבתי לפגימה שהוכרה (אין קש"ס) |

## החלטה

### הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר רומן ז'ורניצקי

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר רומן ז'ורניצקי מ"ר 21613

רופא מומחה באף אוזן גרון, מת"מ 15109

הצהרה של מזכיר הוועדה: איילת ברונשטיין

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: איילת ברונשטיין



## נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

| שם המסמך                                                                   | תאריך המסמך |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ביקור גלובלי במיון ER - global charge                                      | 13/01/2020  |
| מד"א                                                                       | 12/01/2020  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                     | 22/07/2021  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                     | 21/07/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אורטופדיה                                           | 29/08/2021  |
| כרטיס רפואי (רופא מטפל)                                                    | 31/08/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אונקולוגיה                                          | 01/09/2021  |
| ב. רופא בב"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam                          | 12/01/2020  |
| תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury              | 16/01/2020  |
| תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury | 16/04/2020  |
| אישור מחלה                                                                 | 13/01/2020  |
| תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה                              | 21/04/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 23/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                               | 23/01/2020  |
| הפניה לבדיקה                                                               | 29/01/2020  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic                                      | 28/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                               | 16/04/2020  |
| הפניה לדימות                                                               | 09/08/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 04/11/2020  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                     | 06/10/2021  |
| הפניה לבדיקה                                                               | 19/10/2020  |
| הפניה לדימות                                                               | 04/11/2020  |
| בדיקת שמיעה Hearing test כולל טימפנומטריה                                  | 12/07/2021  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                     | 06/01/2021  |
| בדיקת CT עמוד שדרה Spine                                                   | 06/01/2021  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 17/11/2021  |
| הפניה למרפאה                                                               | 28/10/2021  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                                       | 17/11/2021  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                                       | 06/01/2022  |



עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 305179160  
ז' אדר ב תשפ"ב  
10 מרץ 2022

לכבוד  
עמית זיטון

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 12/01/2020), קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 02/03/2022 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

| התקופה                          | הנכות הרפואית |
|---------------------------------|---------------|
| מ-10/02/2020 עד-08/04/2020      | 20.0 %        |
| מ-09/04/2020 עד-12/04/2020      | 20.0 %        |
| מ-13/04/2020 עד-31/12/2020      | 20.0 %        |
| מ-01/01/2021 ואילך (נכות קבועה) | 0.0 %         |

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".  
הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקש להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגורייך או באתר האינטרנט.

לשירותך

בסניף ליד ביתך  
סניף ראשי רמלה, מס דני 9  
פקס: 08-9777393



במוקד הטלפוני  
6050 או 04-8812345  
שעות מענה:  
א' עד ה' מ-8:00 עד 17:00  
56



באתר האינטרנט  
www.btl.gov.il





זכותך  
לערעור

**זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים** על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,  
חנה בלקר  
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:  
עו"ד אריאל פרייברג



## דוח ועדה רפואית

עמית זיטון, מספר זהות 305179160

|                |                |               |              |                   |
|----------------|----------------|---------------|--------------|-------------------|
| סניף המגורים   | סניף הוועדה    | מספר ועדה     | תאריך הוועדה | המשך לדיון מתאריך |
| סניף ראשי רמלה | סניף ראשי רמלה | NV-38158-2500 | 02/03/2022   | 17/11/2021        |

## פרטים אישיים

|            |             |             |       |                            |
|------------|-------------|-------------|-------|----------------------------|
| שם:        | מספר זהות:  | תאריך לידה: | מגדר: | כתובת למשלוח דואר          |
| עמית זיטון | 305179160   | 18/02/1991  | זכר   | שבט אפרים 4/4, לוד 7135292 |
| טלפון:     | 054-2317498 |             |       |                            |

## פרטי התביעה

|              |                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | תיאור הפגיעה                                                                                                                                                                           |
| 12/01/2020   | <ul style="list-style-type: none"> <li>מעמד תעסוקתי: עצמאי שף</li> <li>תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי</li> <li>מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל, ירך שמאל וגב.</li> </ul> |

## תשלום דמי פגיעה

| תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה    |            |                         |
|--------------------------------|------------|-------------------------|
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 13/01/2020                     | 09/02/2020 | 28 ימים                 |
| תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה |            |                         |
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 09/04/2020                     | 12/04/2020 | לא נעדר מהעבודה         |
| 13/04/2020                     | 24/04/2020 | תום תקופת אי הכושר-92'o |

## נוכחות בדיון

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| התובע לא נכח בדיון | לא הופיע – כי לא נדרש |
|--------------------|-----------------------|

|                  |                                   |
|------------------|-----------------------------------|
| משתתפי הוועדה    | נירוכירורגיה                      |
| ד"ר יעקב זאוברמן | כיורגיה אורטופדית, כיורגיה של היד |
| ד"ר זיו וסרברוט  | מזכיר הישיבה                      |
| איילה דבוש       |                                   |

**דברי התובע**

פרטי הליקויים והחתימה הועתקו מדיון קודם

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p>מנגנון תאונה קשה, פגיעה במהירות גבוהה.<br/>חזר לעיסוקו בהיקף קטן יותר, עשה טיפולי פיזיותרפיה.<br/>כרגע, הופנה לטיפול רפואה משלימה.<br/>מצ"ב מסמכים רפואיים ובדיקות הדמיה, CT עמ"ש צווארי הדגים בלט עם לחץ על השק<br/>וכן CT עמ"ש מותני הדגים גם כן בלטים.<br/>מאז התאונה, כאבים והגבלות תנועה של הצוואר והגב, הקרנת כאבים ליד שמאל<br/>ולרגליים.<br/>מתקשה בישיבה, עמידה והליכה ממושכת.<br/>יש ירידה בשמיעה וטינטון מאז התאונה, נבקש לזמנו לחו"ד אג.</p> | <p>עורך דין</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: שף  
קיימת ירידה בהכנסה, פחות שע' מבעבר, קושי לעבוד לאורך הרבה זמן

**הצהרה**

חתימת הלקוח על הפרוטוקול נעשתה במהלך הדיון שבוצע בתאריך 17/11/2021

חתימה:


**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

**מידע רפואי**

בדיקת שמיעה מתאריך: 12/07/2021

**בדיקה**

בדיקה נוירולוגית: כח גס 5/5 בכל הקבוצות 4 גפיים. SLR שלילי דו"צ. תחושה שמורה. החזרים תקינים.  
מתהלך ללא צליעה.  
בדיקה אורטופדית: ע"ש מותני לורדוזיס מותני שמור. ללא ליסט. ללא ספזם שרירים. כיפוף לפנים אקטיבי  
עד גובה ברכיים. יישור לאחר 5 מע'. הטייה לצדדים 10 מע' לכל צד. ע"ש צווארי לורדוזיס שמור. ללא  
ספזם שרירים. רוטציות 30 מע' לכל צד. יישור וכיפוף 20 מע'. בבדיקה עקיפה תנועות צוואר וגב תחתון  
מלאות.

**מסקנות**

הוועדה עיינה בחו"ד א"ג ומקבלת אותה הקובעת כי לא נגרם נזק למערכת אג בעת התאונה.

מבחינה נירולוגית ואורטופדית אין מגבלה המקנה אחוזי נכות. נקבעה נכות זמנית בשיעור 20% מ  
13.4.2020 עד 31.12.2020.

## אבחנות

| אבחנות             |           |            |                |
|--------------------|-----------|------------|----------------|
| אבחנה              | איבר / צד | תקופה      | דגשים          |
| 723.1 - כאב בצוואר |           | 12/01/2020 | קיים קשר סיבתי |
| 724.5 - כאב גב     |           | 12/01/2020 | קיים קשר סיבתי |

## תקנה 15

בחינת תקנה 15 התייתרה



## החלטה

### התייחסות לתקופת פער בדמי הפגיעה

| מתאריך     | עד תאריך   | מידת הנכות | אחוז נכות משוקלל | נימוק | הערות                                          |
|------------|------------|------------|------------------|-------|------------------------------------------------|
| 10/02/2020 | 08/04/2020 | זמני       | 20%              | .     | עבור תקופה שעברה לא הוגשה תעודת רפואית         |
| 09/04/2020 | 12/04/2020 | זמני       | 20%              | .     | עבור תעודת רפואית שנדחתה מסיבה לא נעדר מהעבודה |

### קביעת אחוזים רפואיים

| תקופה                           | אבחנה                | סעיף ליקוי | אחוז הנכות הנובע מהפגיעה | הערות |
|---------------------------------|----------------------|------------|--------------------------|-------|
| מ: 13/04/2020<br>עד: 31/12/2020 | כאב גב<br>כאב בצוואר | 20%        | 20%<br>זמני              |       |
| מ: 01/01/2021                   | כאב גב<br>כאב בצוואר | אין נכות   | אין נכות                 |       |

### שקלול הנכות הרפואית

| מתאריך     | עד תאריך   | מידת נכות | אחוז נכות משוקלל | שקלול לפטור ממס |
|------------|------------|-----------|------------------|-----------------|
| 13/04/2020 | 31/12/2020 | זמני      | 20%              | 20%             |
| 01/01/2021 |            | אין נכות  | אין נכות         | 0%              |

■ מ- 01/01/2021 ואילך נקבעה לך אין נכות

## הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר יעקב זאבורמן

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר יעקב זאברמן מ"ר 32721

רופא מומחה בנוירוכירורגיה, מת"מ 22229

הצהרה של: ד"ר זיו וסרברוט

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר זיו וסרברוט מ"ר 1-86038

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 2578

רופא מומחה בכירורגיה של היד, מת"מ 38020

**הצהרה של מזכיר הוועדה: איילה דבוש**

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: איילה דבוש

## נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

| שם המסמך                                                                   | תאריך המסמך |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ביקור גלובלי במיון ER - global charge                                      | 13/01/2020  |
| מד"א                                                                       | 12/01/2020  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                     | 22/07/2021  |
| תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)                                     | 21/07/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אורטופדיה                                           | 29/08/2021  |
| כרטיס רפואי (רופא מטפל)                                                    | 31/08/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אונקולוגיה                                          | 01/09/2021  |
| ב. רופא בב"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam                          | 12/01/2020  |
| תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury              | 16/01/2020  |
| תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury | 16/04/2020  |
| אישור מחלה                                                                 | 13/01/2020  |
| תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה                              | 21/04/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 23/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                               | 23/01/2020  |
| הפניה לבדיקה                                                               | 29/01/2020  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic                                      | 28/01/2020  |
| הפניה למרפאה                                                               | 16/04/2020  |
| הפניה לדימות                                                               | 09/08/2020  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 04/11/2020  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                     | 06/10/2021  |
| הפניה לבדיקה                                                               | 19/10/2020  |
| הפניה לדימות                                                               | 04/11/2020  |
| בדיקת שמיעה Hearing test כולל טימפנומטריה                                  | 12/07/2021  |
| זימון לתור לרופא/מרפאה                                                     | 06/01/2021  |
| בדיקת CT עמוד שדרה Spine                                                   | 06/01/2021  |
| הפניה לפרוצדורה                                                            | 17/11/2021  |
| הפניה למרפאה                                                               | 28/10/2021  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                                       | 17/11/2021  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                                       | 06/01/2022  |
| פרוטוקול נפגעי עבודה                                                       | 24/02/2022  |

נספח מונחים

**לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:**

- מהו דיון המשך?  
דיון המשך – דיון שנפתח לאחר דיון קודם שנעצר.
- מהו סעיף ליקוי?  
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?  
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.  
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.  
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.  
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.



עמוד 1 מתוך 1

מספר זהות: 305179160  
כ"ז אלול תשפ"ב  
23 ספטמבר 2022

לכבוד  
עמית זיטון  
שבט אפרים 4 דירה  
לוד 7135292

### הנדון: החלטת הוועדה הרפואית לעררים

שלום,

במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 12/01/2020), הוועדה הרפואית המסכמת מיום 19/09/2022 בה השתתפת, לא קבעה את דרגת נכותך והחליטה לקיים דיון נוסף.

כללי

הסיבה: נדרשת חוות דעת נוספת.

הודעה על מועד הוועדה תישלח בנפרד.

לתשומת

לבך

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,  
שגית טביב  
מזכירות הוועדה הרפואית

העתק:

קוראל אלגאלי כהן - עו"ד כהן קוראל

לשירותך

בסניף ליד ביתך  
סניף ראשי רמלה, מס דני 9  
פקס: 08-9777393



במוקד הטלפוני  
6050 או 04-8812345  
שעות מענה:  
א' עד ה' מ- 8:00 עד 17:00  
65



באתר האינטרנט  
www.btl.gov.il





## דוח ועדה רפואית לערר

עמית זיטון, מספר זהות 305179160

|                |                |               |              |
|----------------|----------------|---------------|--------------|
| סניף המגורים   | סניף הוועדה    | מספר ועדה     | תאריך הוועדה |
| סניף ראשי רמלה | סניף ראשי רמלה | NV-43442-2500 | 19/09/2022   |

## פרטים אישיים

|            |             |             |       |                                 |
|------------|-------------|-------------|-------|---------------------------------|
| שם:        | מספר זהות:  | תאריך לידה: | מגדר: | כתובת למשלוח דואר               |
| עמית זיטון | 305179160   | 18/02/1991  | זכר   | שבט אפרים 4 דירה 4, לוד 7135292 |
| טלפון:     | 054-2317498 |             |       |                                 |

## פרטי התביעה

|              |                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | תיאור הפגיעה                                                                                                                                                                           |
| 12/01/2020   | <ul style="list-style-type: none"> <li>מעמד תעסוקתי: עצמאי שף</li> <li>תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי</li> <li>מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל, ירך שמאל וגב.</li> </ul> |

## תשלום דמי פגיעה

| תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה    |            |                         |
|--------------------------------|------------|-------------------------|
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 13/01/2020                     | 09/02/2020 | 28 ימים                 |
| תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה |            |                         |
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 09/04/2020                     | 12/04/2020 | לא נעדר מהעבודה         |
| 13/04/2020                     | 24/04/2020 | תום תקופת אי הכושר-92'o |

## החלטה אחרונה מתאריך 02/03/2022

| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
|-------------|------------|------------|
| 20.0%       | 10/02/2020 | 08/04/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| 20.0%       | 09/04/2020 | 12/04/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| 20.0%       | 13/04/2020 | 31/12/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| אין נכות    | 01/01/2021 |            |

## נוכחות בדיון

|                                        |                                                                                    |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| התובע נכח בדיון<br>עורך דין נכחה בדיון | זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה<br>קוראל כהן, זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות |
| הקלטת הדיון                            | הלקוח הסכים להקלטה<br>המייצגת הסכימה להקלטה                                        |

## משתתפי הוועדה

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| ד"ר ויטלי יופה         | נירולוגיה          |
| ד"ר אלכסנדר רובינשטיין | כיורוגיה אורטופדית |
| ד"ר רפאל אידלמן        | פסיכיאטריה         |
| יחזקאל סנדורי          | מזכיר הישיבה       |

## דברי התובע

### פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| לקוח     | מא' התראונה לא עובד כמו שצרים הייתי עובד 14015 שעות בעבודה פיזית ללא בעיה היום 8 שעות עם קושי יש לי קשיים להיכנס למשרות בגלל שלא יכול לעמוד פיזית ב                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| עורך דין | מפנה למכתב הערר . נפגע במהירות גבוהה צורף קשור על התאונה מאז התאונה מלין על כאבים והגבלה בצוואר ובגב תחתון והקרנה יד שמאל . ב12/5/22 נבדק על ידי מומחה אורטופד שהופנה לבדיקת MRI עם ממצאים וכן לבדיקת EMG . מפנה לבדיקת CT עם ממצאים . ביצע פיזיותרפיה דיקור סיני ללא הטבה . נבדק על ידי דר גקי צורפה הערכת נכות ומוסרת לוועדה יחד תוצאות MRI חדשות . לעניין א.א.ג המומחה שאין קשר בשל עוצמה נמוכה מפנה לסרטון ולתוצאות בדיקת שמיעה . מבקשים הפעלת תקנה 15 לאור הירידה בשכר . |

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: | במקצוע: שף במקום  
קיימת ירידה בהכנסה,

## הצהרה

### הצהרה של עמית זיטון

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: יחזקאל סנדורי, ד"ר ויטלי יופה, ד"ר אלכסנדר רובינשטיין, ד"ר רפאל אידלמן
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:





**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

**בדיקה**

בבדיקה אורטופדית : עש צווארי ללא ישור הלורדוזיס טווח תנועות סבוב 80 מעלות דו"צ , ישור 45 מעלות כיפוף עד בית החזה , הטיה 45 מעלות כל צד .  
כתפיים כיפוף אבדוקציה מעל גובה השכם , סבוב חיצוני 80 מעלות דו"צ , סבוב פנימי 80 מעלות דו"צ .  
עש מותני ללא ישור הלורדוזיס טווח תנועות בכיפוף מגיע עם קצות האצבעות עד ל שליש מקורב של השוקיים אך את כל התנועה מבצע בגב תחתון ללא הפעלת מפרקי ירכיים למרות שSKR בישיבה 90 מעלות , ישור 20 מעלות , הטיה 30 מעלות כל צד .  
בבדיקה נירולוגית ללא דלדול שרירים בגפיים עליונות , כח גס תקין , החזרים גידים הופקו תקינים וסימטרים , ללא סימנים פתלוגיים . תחושה בידיים תקינה

**מסקנות**

לצורך סכום הועדה מבקשת חוות דעת א.א.ג סכום ללא נוכחות תוך התייחסות לחוות דעתו של ד"ר ג'קי ברוך

## החלטה

הדיון נעצר עקב חסרה התמחות: אף אוזן גרון.

## הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר ויטלי יופה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר ויטלי יופה מ"ר 21157

רופא מומחה בנוירולוגיה, מת"מ 14769

הצהרה של: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין מ"ר 24373

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 24373

הצהרה של: ד"ר רפאל אידלמן

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר רפאל אידלמן מ"ר 23593

רופא מומחה בפסיכיאטריה, מת"מ 15733

**הצהרה של מזכיר הוועדה: יחזקאל סנדורי**

אני מצהיר בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: יחזקאל סנדורי

**נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה**

| שם המסמך                            | תאריך המסמך |
|-------------------------------------|-------------|
| ביקור גלובלי במיון ER-global charge | 13/01/2020  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) -אורטופדיה     | 29/08/2021  |
| כרטיס רפואי (רופא מטפל)             | 31/08/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) -אונקולוגיה    | 01/09/2021  |
| בדיקת CT עמוד שדרה Spine            | 06/01/2021  |
| ערר לקוח על נכות מעבודה             | 20/04/2022  |
| פרוטוקול ערר נפגעי עבודה            | 19/07/2022  |



## דוח חוות דעת אף אוזן גרון לערר

עמית זיטון, מספר זהות 305179160

|                |                |               |              |
|----------------|----------------|---------------|--------------|
| סניף המגורים   | סניף הוועדה    | מספר ועדה     | תאריך הוועדה |
| סניף ראשי רמלה | סניף ראשי רמלה | NV-46184-2500 | 18/12/2022   |

## פרטים אישיים

|             |            |             |       |                                 |
|-------------|------------|-------------|-------|---------------------------------|
| שם:         | מספר זהות: | תאריך לידה: | מגדר: | כתובת למשלוח דואר               |
| עמית זיטון  | 305179160  | 18/02/1991  | זכר   | שבט אפרים 4 דירה 4, לוד 7135292 |
| טלפון:      |            |             |       |                                 |
| 054-2317498 |            |             |       |                                 |

## פרטי התביעה

|              |                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך הפגיעה | תיאור הפגיעה                                                                                                                                                                           |
| 12/01/2020   | <ul style="list-style-type: none"> <li>מעמד תעסוקתי: עצמאי שף</li> <li>תיאור המקרה: כאב גב ת"ד בדרך הביתה רכב פרטי</li> <li>מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל, ירך שמאל וגב.</li> </ul> |

## תשלום דמי פגיעה

|                                |            |                         |
|--------------------------------|------------|-------------------------|
| תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה    |            |                         |
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 13/01/2020                     | 09/02/2020 | 28 ימים                 |
| תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה |            |                         |
| מתאריך                         | עד תאריך   | פירוט                   |
| 09/04/2020                     | 12/04/2020 | לא נעדר מהעבודה         |
| 13/04/2020                     | 24/04/2020 | תום תקופת אי הכושר-92'o |

## החלטה אחרונה מתאריך 02/03/2022

|             |            |            |
|-------------|------------|------------|
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| 20.0%       | 10/02/2020 | 08/04/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| 20.0%       | 09/04/2020 | 12/04/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| 20.0%       | 13/04/2020 | 31/12/2020 |
| נכות רפואית | מתאריך     | עד תאריך   |
| אין נכות    | 01/01/2021 |            |

## נוכחות בדיון

|                                        |                                                                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| התובע נכח בדיון<br>עורך דין נכחה בדיון | זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות<br>קוראל כהן, זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות |
| הקלטת הדיון                            | הלקוח הסכים להקלטה<br>המייצגת הסכימה להקלטה                                       |

## משתתפי הוועדה

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| ד"ר יעקב פילבה<br>מירב פורת | אף אוזן גרון<br>מזכיר הישיבה |
|-----------------------------|------------------------------|

## דברי התובע

### פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

|          |                                                                                                                                                                                                   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| עורך דין | מציינים שכן היה חבלת ראש (ניתן לראות בסרטון) , אשר הביא לירידה שמיעה וטנטון , הופנה שבועיים אחרי התאונה בעקבות תלונות על כאבי ראש וצפופים באוזניים , מבקשים להתחשב בגילו הצעיר , מנגנון צליפת שוט |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: שף  
קיימת ירידה בהכנסה, משמעותית

## הצהרה

### הצהרה של עמית זיטון

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: מירב פורת, ד"ר יעקב פילבה
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

**מידע רפואי****ביקור גלובלי במיון מתאריך: 13/01/2020**

ביקור במיון מחלקה: רפואה דחופה במשרד הבריאות מרכז רפואי יצחק שמי מתאריך 13/01/2020 עד תאריך 13/01/2020

**כרטיס רפואי (מקצועי) -אורטופדיה מתאריך: 29/08/2021****כרטיס רפואי (רופא מטפל) מתאריך: 31/08/2021****כרטיס רפואי (מקצועי) -אונקולוגיה מתאריך: 01/09/2021****מד"א מתאריך: 12/01/2020****ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה מתאריך: 12/01/2020**

ביקור במשרד הבריאות מרכז רפואי יצחק שמי

**תעודה ראשונה לנפגע בעבודה מתאריך: 16/01/2020****בדיקת שמיעה מתאריך: 12/07/2021****בדיקה**

בבדיקה תופיות תקינות , מגיב לקולן בצורה תקינה , בדיקת שמיעה מתאריך 12/01/21 שמיעה תקינה לחלוטין

**מסקנות**

היועץ דוחה את הערר ,  
טנטון הוא ביטוי של נזק שנגרם לאוזניים פנימיות במקרים של חבלה ,  
במקרה שלפנינו לא נגרם כל נזק לאוזניים הפנימיות , מדובר בשמיעה תקינה לחלוטין , וזהה לחלוטין  
בשתי האוזניים. מכאן שאין קש"ס בין תלונתו בתחום א.א.ג לתאונה הנידונה

**אבחנות****אבחנות**

| אבחנה             | איבר / צד | תקופה      | דגשים                                                 |
|-------------------|-----------|------------|-------------------------------------------------------|
| 388.3 - טנטון     |           | 12/01/2020 | אין קשר סיבתי לפגימה שהוכרה (אין קש"ס לתאונה הנידונה) |
| 389 - ליקוי שמיעה |           | 12/01/2020 | אין קשר סיבתי לפגימה שהוכרה (אין קש"ס לתאונה הנידונה) |



## החלטה

חוות הדעת בתחום אף אוזן גרון החליטה לדחות את הערעור על דרגת נכות

## הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר יעקב פילבה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר יעקב פילבה מ"ר 11576

רופא מומחה באף אוזן גרון, מת"מ 5518

**הצהרה של מזכיר הוועדה: מירב פורת**

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: מירב פורת

**נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה**

| שם המסמך                                                      | תאריך המסמך |
|---------------------------------------------------------------|-------------|
| ביקור גלובלי במיון ER - global charge                         | 13/01/2020  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אורטופדיה                              | 29/08/2021  |
| כרטיס רפואי (רופא מטפל)                                       | 31/08/2021  |
| כרטיס רפואי (מקצועי) - אונקולוגיה                             | 01/09/2021  |
| מד"א                                                          | 12/01/2020  |
| ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam            | 12/01/2020  |
| תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury | 16/01/2020  |
| בדיקת שמיעה Hearing test כולל טימפנומטריה                     | 12/07/2021  |
| בדיקת CT עמוד שדרה Spine                                      | 06/01/2021  |
| ערר לקוח על נכות מעבודה                                       | 20/04/2022  |
| חוות דעת פרטית - אורטופדיה                                    | 20/09/2022  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic                         | 12/05/2022  |
| הפניה לפרוצדורה                                               | 04/09/2022  |
| הפניה למרפאה                                                  | 04/09/2022  |
| ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic                         | 04/09/2022  |
| הפניה לבדיקה                                                  | 12/05/2022  |
| פרוטוקול ערר נפגעי עבודה                                      | 19/07/2022  |
| פרוטוקול ערר נפגעי עבודה                                      | 19/09/2022  |

## נספח 5

העתק אישורי מחלה מסומנים

כנספח ת/5

עמ' 78-81

תאריך 16/01/2020

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| פרטי המטופל       | זיטון עמית    |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-30517916-0 |
| מס זהות           | 28.11         |
| גיל               | ז             |
| ת. לידה           | 18/02/1991    |
| שם האב            | ציון          |
| לוד               | אילת          |
| ישוב              | רחוב          |
| מס בית            | 11 / 1        |
| טלפון             | 54 - 2317498  |
| טלפון נוסף        | 77 - 9236795  |

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

| קוד | איפיון | אבחנה                |
|-----|--------|----------------------|
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |

הטיפול שניתן:

נתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 13/01/2020 עד יום 22/01/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים

16/01/2020

16/01/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

חתימה וחזותם הרופא של השרות הכפוף המוסמך

חזותת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: ד"ר פלדמן אלכסנדרה - לוד מחוז: מרכז

13/01/2020 תאריך

**אישור מחלה**

|              |              |     |        |               |                   |
|--------------|--------------|-----|--------|---------------|-------------------|
| פרטי המטופל  |              |     |        |               |                   |
| ציון         | 18/02/1991   | ז   | 28.11  | 00-30517916-0 | זיטון עמית        |
| שם האב       | ת. לידה      | מין | גיל    | מס זהות       | שם משפחה ושם פרטי |
| 77 - 9236795 | 54 - 2317498 |     | 11 / 1 |               | אילת              |
| טלפון נוסף   | טלפון        |     | מס בית | רחוב          | לוד               |
|              |              |     |        |               | ישוב              |

12/01/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 13/01/2020 עד תאריך 20/01/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 8

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

**\*\* נחתם דיגיטלית \*\***

15067

ד"ר אלכסנדרה פלדמן

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

אישור מחלה  
זיטון עמית  
\*\*\* המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות \*\*\*  
דף 1 מ 1  
13/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה פלדמן 00-30517916-0

תאריך 16/04/2020

## תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

### על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |              |               |              |
|-------------------|--------------|---------------|--------------|
| פרטי המטופל       |              | זיטון עמית    |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות      | 00-30517916-0 | 29.02        |
| שם האב            | ת. לידה      | 18/02/1991    | ציון         |
| שם האב            | שם האב       | שם האב        | שם האב       |
| לוד               | אילת         | רחוב          | מס בית       |
| ישוב              | רחוב         | מס בית        | מס בית       |
| 77 - 9236795      | 54 - 2317498 | 11 / 1        | 77 - 9236795 |
| טלפון נוסף        | טלפון        | מס בית        | טלפון נוסף   |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 12/01/2020

| קוד  | איפיון          | אבחנה                |
|------|-----------------|----------------------|
| A80  |                 | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 9249 | lt hip+shoulder | CONTUSION            |
| 7245 |                 | BACKACHE             |
| 7231 |                 | CERVICALGIA          |

הטיפול הנוכחי:

### כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת ☒

מיום 23/01/2020 עד יום 09/02/2020 (בכלל) סה"כ 18 ימים

16/04/2020

16/04/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר איליה שקרוב  
חתימה וחומת הרופא של השירות לטיפול המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 16/04/2020

**תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה**

**על פי חוק הביטוח הלאומי**

|                   |            |               |              |
|-------------------|------------|---------------|--------------|
| פרטי המטופל       |            | זיטון עמית    |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    | 00-30517916-0 | 29.02        |
| שם האב            | ת. לידה    | 18/02/1991    | ז            |
| שם האב            | שם האב     | שם האב        | שם האב       |
| לוד               | אילת       | 11 / 1        | 2317498 - 54 |
| ישוב              | רחוב       | מס בית        | טלפון        |
| 77 - 9236795      | טלפון נוסף |               |              |

תאריך תאונה: 12/01/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

| קוד  | אבחנה                | איפיון          |
|------|----------------------|-----------------|
| A80  | ACCIDENT/INJURY; NOS |                 |
| 9249 | CONTUSION            | lt hip+shoulder |
| 7245 | BACKACHE             |                 |
| 7231 | CERVICALGIA          |                 |

הטיפול הנוכחי:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 09/04/2020 עד יום 24/04/2020 (בכלל) סה"כ 16 ימים

16/04/2020

16/04/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר איליה שקרוב  
מ.ר. 31082  
חתימה וחומת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

## נספח 6

החלטת המל"ל בעניין דמי הפגיעה  
מסומנת כנספח ת/6

עמוד 83





סניף: רמלה  
טלפון: \*6050 04-8812345

כ"ב בטבת, תשפ"ג  
15 בינואר 2023  
מספר תיק: 00-30517916-0

לכבוד  
מר עמית זיטון  
שבט אפרים 4  
לוד 7135292

### הנדון: אישור שנתי למס הכנסה לשנת 2020 - תקבולי דמי פגיעה

הננו מאשרים בזה כי בתקופה 01.01.2020 עד 31.12.2020 שולמו לך תגמולי דמי פגיעה ברוטו בסך: 3,348 ש"ח.  
מהתגמולים ברוטו נוכה מס הכנסה בסך: 40 ש"ח.

לידיעתך, בסכום הנ"ל נכלל:

חפשי תגמול לזכותך בסך 99 ש"ח אשר חושבו בעקבות שומה לשנים 2019-2019.

ניכוי המס נעשה על פי בסיס יומי. חבות המס הסופית תעשה, אם וכאשר, יוגש על ידך דוח שנתי על ההכנסות - לשלטונות מס הכנסה.

ניכוי המס הועבר לפקיד שומה ירושלים לתיק ניכויים 941774770.

הנני מצהיר בזה כי פרט לסכומים הנ"ל לא שילמתי לנ"ל או עבורו/ה סכומים נוספים ולא זיכיתי את חשבונו/ה בסכומים נוספים, בנושא זה.

בכבוד רב,  
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.  
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

## נספח 7

החלטת המל"ל בעניין תשלום  
הנכות הרפאית הזמנית מסומנת  
כנספח ת/7

עמוד 85



# המוסד לביטוח לאומי

סניף: רמלה  
טלפון: 04-8812345 \*6050

י"א בטבת, תשפ"ג  
04 בינואר 2023

מספר תיק: 30/517916-00-10

לכבוד  
זיטון עמית  
שבט אפרים 4/4  
לוד 7135292

## הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה בשנת 2022

אנו מאשרים כי למר זיטון עמית, מספר זהות 30517916/0 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 12/01/2020 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.

הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 24,327 ש"ח.  
להלן פירוט התשלומים:

| נטי<br>לתשלום | סה"כ<br>ניכויים | פירוט ניכויים/חובות |                 |      |             |               |                 | סה"כ<br>תשלום<br>ברוטו | הרכב תשלום  |                                |      | תאריך<br>תשלום |
|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|------|-------------|---------------|-----------------|------------------------|-------------|--------------------------------|------|----------------|
|               |                 | קיזוזים             |                 |      | גמלת<br>יתר | ארגון<br>נכים | ביטוח<br>בריאות |                        | אחר/חד פעמי | תאור                           | סכום |                |
|               |                 | סכום                | תאור            | הדדי |             |               |                 |                        |             |                                |      |                |
|               |                 |                     |                 |      |             |               |                 |                        |             |                                |      |                |
| 6,176         | 99              | 99                  | דמי פגיעה - עצמ |      |             |               |                 | 6,275                  | 175         | הצמדה לזכות<br>08/2020-12/2020 |      | 15/03/2022     |
| 6,176         | 99              | 99                  |                 |      |             |               |                 | 6,275                  | 6,100       | קצבה                           |      | סה"כ           |
|               |                 |                     |                 |      |             |               |                 | 6,275                  | 6,275       |                                |      |                |



בכבוד רב,  
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.  
בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ראו בתיקו של המבוטא, הרישומים שבידי המוסד קובעים.  
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

## נספח 8

העתק קבלות חלקיות מסומנות

כנספח ת/8

עמ' 87-104



## כללית רפואה משלימה

סניף: משלימה רמלה

שד' הרצל 53

רמלה

טלפון: 08-9215350, פקס: 08-9192222

לכבוד:

זיטון עמית (תיק 916)

מס. לקוח: 305179160

אילת 001/11

לוד 71276

טלפון: 054-2317498

תאריך ההצעה: 08/11/20  
תאריך הדפסה: 08/11/20  
קוד מחירון: 7004  
תאור מחירון: מושלם  
רופא נותן ההצעה: ד"ר אליהו שאולוב

### הצעת מחיר PQ20661010062

| מק"ט  | קוד דרוג | תאור מוצר  | כמות | מחיר במחירון כללי | הנחה ללקוח כללית | הנחה למורשלים/פלטינים | הנחה אחר | סה"כ מחיר |
|-------|----------|------------|------|-------------------|------------------|-----------------------|----------|-----------|
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |

| סה"כ: | 5,940 | 0 | -3,560 | -39 | 2,341 |
|-------|-------|---|--------|-----|-------|
|-------|-------|---|--------|-----|-------|

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| מחיר כולל                  | 2,341.00 |
| נע"מ                       | 0.00     |
| סה"כ מחיר                  | 2,341.00 |
| מחיר במחירון כללי          | 5,940    |
| סה"כ הנחה למורשלים/פלטינים | -3,560   |
| סה"כ אחר                   | -39      |
| סכום לתשלום                | 2,341    |

רושם/ת ההצעה: מריה ח"מוב

1. הנני מאשר/ות כי תכנית הטיפול והעלות הוצגו, הוסברו לי והבנתי אותן במלואן.
2. תכנית הטיפול כפופה לשיוניים עפ"י שיקול דעתי המקצועי של הצוות הרפואי. במקרה בו יחול שינוי בתכנית הטיפול המקורית, יובאו לידיעתי פרטי השינוי, סיבותיו ומשמעויותיו הכספיות, טרם ביצוע השינוי.
3. ההצעה בתוקף ל- 30 יום מיום ההצעה. המחירים עשויים להשתנות, הסדר תשלומים מראש מבטיח את מחיר הטיפול שבהסדר.

### עמית "כללית מושלם" בלבד

4. הנני מצהיר בזה, כי אני עמית בתוכנית "כללית מושלם" (להלן: "התוכנית") וכי ידוע לי שמכסת הטיפולים המקסימלית בחשתפנות ותוכנית בטיפול רפואה משלימה במרפאות "כללית רפואה משלימה" עומדת, נכון למועד זה, על 20 טיפולים לשנה קלנדריית.
5. עוד ידוע לי, כי במידה ויתברר שאיני זכאי למכסה הנ"ל, בחלקה או במלואה, וביצעתי טיפולים במחיר מופחת, אחזיר את ההפרש בחתאם למחירון הטיפולים של "כללית רפואה משלימה".
6. כמו כן, ידוע לי שפגישת הייעוץ והאבחון עם רופא "כללית רפואה משלימה" נחשבת כטיפול ותגרע ממכסת הטיפולים לה אני זכאי מכח התוכנית (אם בכלל). האמור לעיל יחול גם על ייעוץ ואבחון שבוצע באופן מקוון (בוידאו-צ'ט או בכל דרך אחרת) ולא במרפאה.
7. התעריפים בהצעה זו תקפים כל קיימת זכאות לקבלת השירותים על פי תקנון "כללית מושלם" במועד ביצוע הטיפולים. בכל מקרה אזורי, התעריף חקובע יהיה התעריף הרגיל הנוהג ב"כללית רפואה משלימה" ביום הטיפול.

חתימת הלקוח \_\_\_\_\_ שם וחתימת רופא \_\_\_\_\_ שם וחתימת משרד המרפאה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
שם אפוסטרופוס: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימת \_\_\_\_\_  
אפוסטרופוס: \_\_\_\_\_  
**לידיעתך**

**בכללית אסתטיקה** תוכלו/י ליהנות ממגוון רחב של ניתוחים פלסטיים וטיפולים אסתטיים על-ידי רופאים מומחים בתחומם: ניתוחי אף, ניתוחי חזה, ניתוחי פנים ועפעפיים, הזרקת בוטוקס, מילוי קמטים, הצערת עור הפנים, טיפולי פילינג, הסרת נגעים ועוד. ללקוחות כללית עד 30% הנחה על מגוון הניתוחים/טיפולים וללקוחות כללית פלטינים עד 70% הנחה בניתוחים פלסטיים נבחרים.

עו"ל.ה - שירותי רפואה

מקבוצת כללית



## כללית רפואה משלימה

סניף: משלימה רמלה

שד' הרצל 53

רמלה

טלפון: 08-9215350, פקס: 08-9192222

הפוך באמצעות סופטור בע"מ © - פרויקט סופטור בע"מ

תאריך ההצעה: 08/11/20  
 תאריך הדפסה: 08/11/20  
 קוד מחירון: 7004  
 תאור מחירון: מושלם  
 רופא גותן ההצעה: ד"ר אליהו  
 שאולוב

לכבוד:  
 זיסון עמית (תיק 916)  
 מס. לקוח: 305179160  
 אילת 001/11  
 לוד 71276  
 טלפון: 054-2317498

## הצעת מחיר PQ20661010062

| ש  | מק"ט  | תאור מוצר          | קוד דרוג | מחיר ליח' | כמות | מחיר במחירון כללי | הנחה לחבר כללית | הנחה לפלטינום / מושלם | הנחה אחר | סה"כ מחיר |
|----|-------|--------------------|----------|-----------|------|-------------------|-----------------|-----------------------|----------|-----------|
| 1  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 70        | 1    | 273               | 0               | -164                  | -39      | 70        |
| 2  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 3  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 4  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 5  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 6  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 7  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 8  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 9  | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 10 | 76138 | רפואה סינית- דיקור | ר        | 109       | 1    | 273               | 0               | -164                  | 0        | 109       |
| 11 | 76147 | שיאצו ארוך         | ר        | 129       | 1    | 321               | 0               | -192                  | 0        | 129       |
| 12 | 76147 | שיאצו ארוך         | ר        | 129       | 1    | 321               | 0               | -192                  | 0        | 129       |



חתימת אפוסטרופוס: חתימת הלקוח: עמוד: 1/3

| מק"ט  | קוד דרוג | תאור מוצר  | כמות | מחיר במחירון כללי | הנחה ללקוח כללית | הנחה לפלטינום / מושלם | הנחה אחר | סה"כ מחיר |
|-------|----------|------------|------|-------------------|------------------|-----------------------|----------|-----------|
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |
| 76147 | ר        | שיאצו ארוך | 1    | 321               | 0                | -192                  | 0        | 129       |

מחירון - מחירון רפואה

## מקבוצת כללית



מחוז : מרכז  
מרפאה: 3058 לוד סנטר מקצועית

תאריך: 28/01/20  
שעה : 16:57

שירותי בריאות כללית

-מקור-

קבלה : 00167795  
=====

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

מספר תיק: 89906114

לכבוד: 0030517916 זיטון עמית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

| קוד                | תאור  | תאריך<br>ביקור | לתשלום |
|--------------------|-------|----------------|--------|
| 62                 | א.א.ג | 28/01/20       | 26.00  |
| סה"כ לתשלום: 26.00 |       |                |        |

|                                             |          |            |      |
|---------------------------------------------|----------|------------|------|
| פירוט תשלומים באשראי :<br>ת.פרעון סוג אשראי |          |            |      |
| 28/01/20                                    | MAX ויזה | מספר כרטיס | שולם |
| 26.00                                       |          |            |      |
| סה"כ שולם באשראי :                          |          |            |      |
| 26.00                                       |          |            |      |
| סה"כ שולם:                                  |          |            |      |
| 26.00                                       |          |            |      |

קופאי: 8-210687 גבאי אורלי

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ובהתראות

מרכז  
מחוז מרכז  
לוד סנטר  
מספר תיק: 89906114  
מספר קבלה: 00167795  
תאריך: 28/01/20

תאריך : 28/01/20  
שעה : 16:08  
מהדורה : YUX-596-S4

שירותי בריאות כללית  
מסוף : 9607126  
מספר עסק : 5524647  
מרפאה : לוד סנטר מקצועית

**שובר עיסקת אשראי מס 86022588**  
=====

סוג עסקה : חיוב      אישור: 0097456 2 חברה  
כרטיס : MAX ויזה 6144  
תוקף : 04/25      סוג אשראי: רגיל      אופן ביצוע: רגיל  
סכום : 26.00 ש"ח  
קופאי : 8-210687      גבאי אורלי



שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז  
מרפאה: 3058 לוד סנטר מקצועית

תאריך: 28/01/20  
שעה : 16:08

- מקור -

קבלה : 00167786  
=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0030517916 זיטון עמית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

| קוד תאור           | תאריך ביקור | לתשלום |
|--------------------|-------------|--------|
| 58 אורטופדיה       | 28/01/20    | 26.00  |
| סה"כ לתשלום: 26.00 |             | 26.00  |

|                        |            |       |
|------------------------|------------|-------|
| פירוט תשלומים באשראי : | מספר כרטיס | שולם  |
| ת.פרעון סוג אשראי      |            |       |
| 28/01/20 MAX ויזה      |            | 26.00 |
| סה"כ שולם באשראי :     |            | 26.00 |

סה"כ שולם: 26.00  
=====

קופאי: 8-210687 גבאי אורלי

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית

שם המשלם (פרטי ומשפחה) חותמת נחלת חתום הקופאי

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ט ר ת

שובר עיסקת אשראי מס 86022590

סוג עסקה : חיוב      אישור: 0048592 2 חברה  
כרטיס : MAX ויזה 6144  
תוקף : 04/25      סוג אשראי: רגיל      אופן ביצוע: רגיל  
סכום : 26.00 ש"ח  
קופאי : 8-210687      גבאי אורלי

תאריך : 28/01/20  
שעה : 16:07  
מהדורה : YUX-596-S4

שירותי בריאות כללית  
מסוף : 9607126  
מספר עסק : 5524647  
מרפאה : לוד סנטר מקצועית

## שובר עיסקת אשראי מס 86022587 =====

סוג עסקה : חיוב אישור : 0096101 2 חברה  
כרטיס : MAX ויזה 6144  
תוקף : 04/25 סוג אשראי : רגיל אופן ביצוע : רגיל  
סכום : 35.00 ש"ח  
קופאי : 8-210687 גבאי אורלי

שירותי בריאות כללית

-מקור-

=====

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

פירוט גביה:

תאריך ביקור לתשלום

2 אמבולטורי מכון פרטי

קבוצה: 15 פיזיותרפיה

שירות: 80074 פיזיותרפיה פרטנית

סה"כ לטופס : 35.00

שׁוֹלָם

מספר כרטיס

ת.פרעון סוג אשראי

35.00

MAX 28/01/20

35.00

סה"כ שולם באשראי :

סה"כ שו"לם:

קופאי: 8-210687 גבאי אורלי

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים  
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה  
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית

י ת  
מרכיב  
מרכיב  
מרכיב

חותמת וחותמת הסופר

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בחבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 28.11 מין: ז

דיטון עמית

מס' זהות: 00-30517916-0

ביקור עקב תאונת דרכים

**ETORICOXIB TAB 90MG 90MG**

999003774

(ETORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M) 14, ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB)

טבליות x1 1 ביום

תוקף מרשם: 28/04/2020 - 28/01/2020

למשך 14 ימים סה"כ 14 יח

**ROKACET PLUS CAP (D) CF**

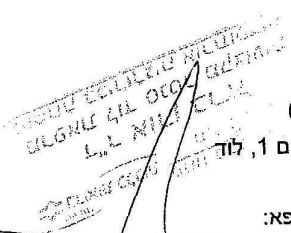
000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

קפליות x1 2 ביום

תוקף מרשם: 28/04/2020 - 28/01/2020

למשך 20 ימים סה"כ 40 יח

מס' רישיון  
037882

טלפון: 08-9770002

כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד

שם הרופא אורן ברזל  
תחום: אורתופדיה

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

**\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\***

תאריך הדפסה: 28/01/2020

דף 1



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 29.08 מין: ז

דיטון עמית

מס' זהות: 00-30517916-0

ביקור עקב תאונת דרכים

TRAMADEX FLASHTABS 50MG TAB 50MG

000012031

למשך 10 ימים טה"כ 30 יח

טבליות 1x 3 ביום

תוקף מרשם: 03/02/2021 - 04/11/2020

מס' רישיון



025214

טלפון: 08-9770002

כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד

שם הרופא ד"ר מיכאל רבקין

תחום: מומחה באורטופדיה

חתימה וחתימת הרופא: נחתם דיגיטלית\*\*

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

תאריך הדפסה: 04/11/2020

דף 1

שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז  
מרפאה: 3058 לוד סנטר מקצועית

תאריך: 04/11/20  
שעה : 10:19

-מקור-

**קבלה : 00175045**  
=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0030517916 זיטון עמית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

| קוד          | תאור      | תאריך<br>ביקור | לתשלום |
|--------------|-----------|----------------|--------|
| 58           | אורטופדיה | 04/11/20       | 26.00  |
| סה"כ לתשלום: |           |                | 26.00  |

|       |                  |
|-------|------------------|
| 26.00 | סה"כ שולם במזומן |
| ===== |                  |
| 26.00 | סה"כ שולם:       |

קופאי: 89461 -8 אוזמן ציפי

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

**נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית**

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת



## התקשרות

|              |                               |            |             |
|--------------|-------------------------------|------------|-------------|
| שם הלקוח:    | עמית זיטון                    | מספר זהות: | 30517916-0  |
| מועד הביקור: | 12/01/21 יום ג' כ"ח טבת תשפ"א | שעה:       | 11:00       |
| שם הרופא:    | נטע-שמיעה מבוגר               | מקצוע:     | בדיקת שמיעה |
| מרפאה:       | רמז - מרכז מקצועי - רחובות    | טלפון:     | 08-9445111  |
| כתובת:       | דוד רמז 71, רחובות            |            |             |
| אוטובוסים:   | 16, 15                        |            |             |

**הנחיות:**  
 אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:  
 - באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה  
 - התקשרות למוקד \*2700  
 - התקשרות למרפאה

\*\*\*יש לוודא עם הלקוח כי מצויין בהפנייה שנעשתה בבדיקת אוזניים ובתוצאותיה אין צרוּמָן (שעווה)-אם יש, חובה לקבוע תור לרופא א.א.ג. לניקוי לפני ביצוע בדיקת שמיעה. כמו כן יש להמשיך בתהליך קביעת התור לבדיקת שמיעה כאשר התאריך יהיה לאחר בדיקת רופא א.א.ג. נדרשת הפנייה מרופא א.א.ג./ילדים/משפחה.  
 חשוב מאוד!!!  
 יש להגיע לבדיקה עם תוצאות בדיקות שמיעה קודמות במידה ויש. ילדים עד גיל 18 חייבים להגיע בליווי מבוגר.  
 הבדיקה כרוכה בתשלום.

תאריך הדפסה: 27/10/2020 11:05:29



שעה : 10:07

-מקור-

קבלה : 04989409

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0030517916 זיטון עמית

פירוט תקבולים: שירותים רפואיים

| קוד | תאור       | תאריך<br>ביקור | לתשלום |
|-----|------------|----------------|--------|
| 105 | אודיומטריה | 27/10/20       | 35.00  |
|     |            | סה"כ לתשלום:   | 35.00  |

35.00  
=====

**כללית 100 שנה**  
הזדמנות לשיפור

סח'

ס' 18

מטופל/ת יקר/ה

קופ

תוק

הנך ממתין/ה לצופית -

שמיעה מבוגר

**יום ב' חדר 17 קומה 2**

## נא להכין הפניית רופא

## עדכנית לפני הכניסה

לבדיקה חדר 17 - קומה 2

חותמת וחתומת הקופאי

משלם לא הודפס בקבוצה.

ו ל ה ת ר א נ ת

## הערה

## מספרך בתור:

**Z454**

הגב כואב? מה הבעיה?

יש כללית רפואה משלימה!

עד 60% הנחה ללקוחות כללית מושלם  
ופלטינום.

ופלטינום,

בכפוף לתקנון כללית מושלם.

לפרטים חייגו: 077-9965438

מרגע העברת הכרטיס אנחנו יודעים שהגעת

תיווכן קדימות בתור לפי שיקול דעת רפואי

קיימות עבורך המלצות רפואיות לביצוע

לפרטים נוספים ניתן לגשת לחדר האחות

10 05 27/10/2020

מחוז : מרכז  
מרפאה: 3058 לוד סנטר מקצועית

תאריך: 19/10/20  
שעה : 10:39

שירותי בריאות כללית

-מקור-

קבלה : 00174507  
=====

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

מספר תיק: 89906114

לכבוד: 0030517916 זיטון עמית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

| קוד תאור           | תאריך ביקור | לתשלום |
|--------------------|-------------|--------|
| 62 א.א.ג           | 19/10/20    | 26.00  |
| סה"כ לתשלום: 26.00 |             |        |

סה"כ שולם במזומן

26.00

סה"כ שולם:

26.00

קופאי: 43758 -8 גיטליץ אתי

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עת  
חתימת רחמיאל קופאי  
00174507  
19/10/20

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת



012514094558

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 29.02 מין: ז

זיטון עמית

מס' זהות: 00-30517916-0

ביקור עקב תאונת עבודה

OPTALGIN TAB 500MG 20(D) 500MG

111638055

למשך 7 ימים סה"כ 20 יח

טבליות x1 3 ביום

תוקף מרשמים: 16/07/2020 - 16/04/2020

ד"ר שקרוב איליה  
מ.ר. 31082  
רופא משפחה

מס' רישיון



031082

טלפון: 08-9230914  
כתובת: שדרות בן גוריון 62שם הרופא: ד"ר איליה שקרוב  
תחום: רופא משפחה

בידיעתך, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

**שלום,**

בימים אלה הופנית לטיפול במכון פיזיותרפיה.

במכון עומד לרשותך צוות פיזיותרפיסטים עם מיומנות במגוון טיפולים.

במהלך הביקור הראשון תותאם עבורך תכנית טיפולים. התכנית מבוססת על אבחנת הרופא,

תוצאות הבדיקה במכון, מידע המופיע במסמכים רפואיים, צילומים ותוצאות בדיקות אחרות

שברשותך.

### **מספר פרטים לידיעתך**

- טיפול פיזיותרפיה מחייב חשיפה של האיבר המטופל וסביבתו. כדי לשמור על פרטיות כדאי להצטייד במכנסיים קצרים וגופייה.
- ברוב המקרים הטיפול כרוך במגע יד בגוף המטופל/ת.
- משך כל טיפול: מדקות ספורות ועד שעה בהתאם לבעיה ולסוג הטיפול.
- משך סדרת הטיפולים ותדירותם נקבעים בהתאם לבעיה ועל פי שיקול דעת מקצועי ובמסגרת סל השירותים.

### **במה תוכל/י לעזור ?**

- נבקשך להגיע למכון במועד בו זומנת. איחור עלול להביא לקיצור הטיפול או לביטולו בשל חוסר זמן.
- אם אין באפשרותך להגיע במועד נבקשך להודיענו על כך לפחות יום מראש.
- נבקשך לדווח לפיזיותרפיסט/ית על כל שינוי במצבך הבריאותי.
- במקרים רבים – הצלחת הטיפול מותנית בהקפדה על ביצוע תרגילים בבית, על פי ההדרכה שתיתן במכון.

**איחולי בריאות טובה**

**לשירותך**

**צוות המכון לפיזיותרפיה**



307696866



305179160

## שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 28/01/20

מחוז מנפק : 007 מרכז  
מרפאה מנפקת : 3058 לוד סנטר מקצועית  
גורם מממן : 007 מרכז

אל : פיזיולוג - חבשי מוחמד לקביעת תור : 008-9208507

אישור לטיפולים אמבולטוריים  
מס': 307696866

רופא מטפל : 15067 פלדמן אלכסנדרה

המבוטח : 0030517916-0 זיטון עמית  
רופא מפנה : 15067 פלדמן אלכסנדרה  
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

| קוד שירות | קוד תאור הטיפול/בדיקה |
|-----------|-----------------------|
| 80074     | פיזיותרפיה פרטנית     |

תאריך זימון : 28/01/20  
האישור בתוקף עד לתאריך : 28/07/20

קוד שירות : 1  
קוד שירות ספק : 1  
מחוז מרכז  
לוד סנטר  
08-9770002  
08-9770001

גבאי אורלי

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נתקבל סך של 35.00 ש"ח בקבלה מס. 167785

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

\* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

\* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

\* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

\* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

\* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

\* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

\* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

\* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

\* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה : \_\_\_\_\_

הוזמן תור לתאריך : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

טו-17



305179160

## שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

טופס הו



07562510

-מקור-

תאריך: 19/10/20

מחוז מנפק : 007 מרכז  
מרפאה מנפקת : 3058 לוד סנטר מקצועית  
גורם מממן : 007 מרכז

אל : העמותה לשירותי שמיעה ודבור לקביעת תור : 008-9226463

**אישור לטיפולים אמבולטוריים**  
**מס': 307562510**

רופא מטפל : 15067 פלדמן אלכסנדרה

המבוטח : 0030517916-0 זיטון עמית  
רופא מפנה : 105574 יונס מגיד  
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא  
הפניה לצורך :

| קוד שירות | קוד תאור הטיפול/בדיקה | קוד שירות ספק | כמות |
|-----------|-----------------------|---------------|------|
| 75053     | טימפנומטר             | 3             | 1    |

האישור בתוקף עד לתאריך: 19/10/20

גיטליץ אתי

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נתקבל סך של 35.00 ש"ח בקבלה מס. 174510  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית  
לתשומת לב בית החולים/המכון !  
להלן תנאי האישור להפניה:

- \* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- \* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- \* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- \* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- \* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- \* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- \* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- \* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- \* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: \_\_\_\_\_

הוזמן תור לתאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

17-טי