

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

16.9.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה
באמצעות פקס: 08-9777317

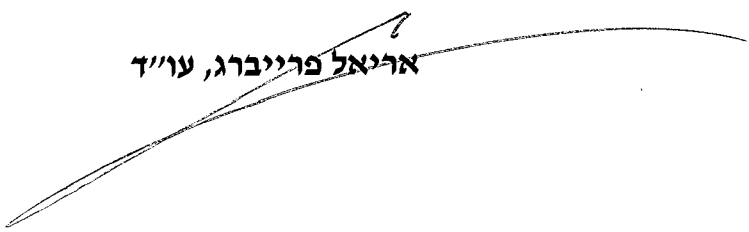
א.ג.נ.,

הנדון: דנה גנוסוב, ת.ז. 013452008
תאונה מיום 23.8.20

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תלושי שכר ותיעוד רפואי.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשתי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, רנ"ה אלול 5752, מרחוב מגור רא"ל 311,
ת.ז. מס' 073452007, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 23.1.20
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

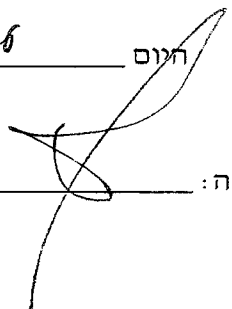
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות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

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

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

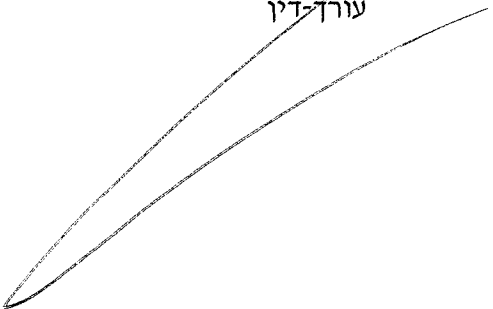
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 16 לחודש 7 שנה 80
חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)		013452007 תעודת זהות	ד.ר. שם פרטי	210/152 שם משפחה	11/10/1978 תאריך
שם האב	טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'	שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
	1.	2.	3.	4.
	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 11.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ **עו"ד אריאל פריינברג** _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

בל/ 211



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונות דרכים יש לצרף אישור משטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.

לידיעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
- ☞ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il
- ☞ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפטרופוס – יש לצרף צו אפטרופסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(06.2020)

נא ציין את מספר תעודת זהות 013452008 ותאריך הפגיעה 23.8.20 עמוד 1 מתוך 10

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
שם פרטי שם משפחה		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) תאריך עלייה	
שם פרטי שם משפחה		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) תאריך עלייה	
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☒ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור		יום חודש שנה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר מיקוד		יישוב דירה	
טלפון קווי טלפון נייד		מס' בית כניסה	
שם פרטי אש קשר שם משפחה אש קשר		מס' זהות אש קשר מס' זהות אש קשר	
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)			
רחוב / תא דואר מיקוד		יישוב דירה	

עמוד 2 מתוך 10

23.8.20

ותאריך הפגיעה

013452007

נא ציין את מספר תעודת זהות

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	ישוב	חמ' פקס
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	ישוב	

2א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	צה"ל	משמר הכנסת	טלפון קווי
שב"ס	משא"ז	מיקוד	טלפון נייד
משטרה	אחר	ישוב	מס' פקס
רחוב / תא דואר	מספר בית	מיקוד	
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

נא ציין את מספר תעודת זהות 013452008 ותאריך הפגיעה 23.8.20 עמוד 3 מתוך 10

פרטי הפגיעה			
תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפסקת עבודה
שנה חודש יום	07:30	א' יום	עבודה
היכן אירעה הפגיעה?			
☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בביתן ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר			
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט <u>דמיסון חנון</u> <u>יבאר מילרד ופאלר ירצה דמיסון חנון כמפלאר מעל וחנא</u>			
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:			
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4			
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה			
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה חודש יום	מיא / חנא	עבד / מנהל	

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפגיעה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)			
האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
חיסול יבן גילי גלזר	חנק	שם בית החולים / מחלקה	שנה חודש יום
קופת חולים שבה אתה חבר	האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט	שם הרופאים המטפלים	שם הרופא
☐ כללית ☐ לאומית ☒ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר		שם הרופא	שם הרופא
טלפון המרפאה	כתובת המרפאה	תחום המומחיות	שם הרופא
	שבה טופלתי או אני מטופל		

נא ציין את מספר תעודת זהות 0820052345 ותאריך הפגיעה 23.8.20 עמוד 4 מתוך 10

5 סיוע בהגשת התביעה

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

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

שם הגוף המייצג או המסייע: ד"ר סריס פתור

6 פרטים על תאונת דרכים

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☐ לא ☐ כן,

(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

האם נפגעת בהיתוך:

☐ הולך רגל

☐ טוסע ברכב

☐ נהג ברכב

(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע

☐ מונית ☐ אחר, פרט

סוג הרכב המעורב

בתאונה:

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות

ציבורית ורישיון רכב.

הרכב בבעלות:

☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)

☐ רכב ציבורי ☐ אחר

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו

פרטי הנהג

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

שם ומשפחה

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

שם ומשפחה

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק

מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד שם העו"ד המטפל

כתובתו

טלפון פקס דואר אלקטרוני

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

נא ציין את מספר תעודת זהות 013452008 ותאריך הפגיעה 23.1.20 עמוד 5 מתוך 10

פרטים על תאונה בנזיקין

7

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

סוג התאונה בנזיקין

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

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

פירוט העיסוקים

8

לפני הפגיעה

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

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

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

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך
24.01.2020
שנה _____ חודש _____ יום _____

עד שעה

משעה

עד תאריך

שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך

שנה _____ חודש _____ יום _____

עד שעה

משעה

עד תאריך

שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך

שנה _____ חודש _____ יום _____

☒ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

נא ציין את מספר תעודת זהות 013452004 ותאריך הפגיעה 23.9.20 עמוד 6 מתוך 10

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **X**

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק פועל	רחוב	709	19249

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

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל / ואו עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 16.9.20 חתימת מקבל התשלום **X**

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות 013 452007 ותאריך הפגיעה 22.8.20 עמוד 7 מתוך 10

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע x

תאריך 16.9.20

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

עמוד 8 מתוך 10

23/09/2020

013452008 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות _____
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל 13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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

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

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

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שם הקבלן הראשי	שעת החזרה הצפויה	
☐ תאונה בבניין: שם האתר _____	☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____	☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____	☐ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטים שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה 14

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: 23-11-2010

מספר ימי העבודה: 5 בשבוע: 100%

היקף המשרה ב-100% _____

מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

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

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

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה ב"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש _____	_____	יומי ☐ חודשי ☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	יומי ☐ חודשי ☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	יומי ☐ חודשי ☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	יומי ☐ חודשי ☐	_____	_____	_____

☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

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

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

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

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: 30/09/2020 שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

"דן" חברה לתחבורה ציבורית בע"מ

תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי 930000096

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעביד/העובד: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד החותם: _____

עמוד 9 מתוך 10

23/08/2020

013452008 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקרן דמי מחלה

15

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

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

לא, ☒ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותולא נצברו ימי מחלה ☐אחר ☐☒ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלההמ'ק
(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

16

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

"דן" חברה לתחבורה ציבורית בע"מ

תיק ניכויים בלוח לאומי 930000096

חתימה אדוארד מלך 39 תל-אביב 6492807

טלפון 03-6533583

23/08/2020

שם החותם

תפקיד החותם

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

"דן" חברה לתחבורה ציבורית בע"מ

תיק ניכויים בלוח לאומי 930000096

שד' שאול המלך 39 תל-אביב 6492807

טלפון 03-6533583

חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 013452007 ותאריך הפגיעה 23.8.20 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	013452007	23/08/2020
שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי
א/א/א	דני	דני
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 16.9.20 חתימת המבוטח x

06/08/2020 10:03:00 זמן חישוב:

דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ

יולי 2020 פירוט תשלומים וניכויים תלוש 3 דף 1

סמל	שם סמל	כמות	תעריף	מספר אישי מתאריך עד סכום	סה"כ
-----	--------	------	-------	--------------------------	------

2000	סה"כ מרכיבי שכר - שעות-חול	152.48		6,796.38 07/20	6,796.38
------	-------------------------------	--------	--	----------------	----------

2025	- עבודה נוספת - שעות לילה	11.00		76.42 07/20	76.42
------	------------------------------	-------	--	-------------	-------

1707	- החזר הוצאות - גילום מה ביטוח			4.50 07/20	4.50
------	-----------------------------------	--	--	------------	------

6,877.30	ברוטו שוטף				6,877.30
6,877.30	סה"כ תשלומים				6,877.30

סמל	שם סמל	כמות	סכום	הפרשים	סה"כ
91001	ניכוי חובה - ביטוח לאומי		74.00	0.00	74.00
92041	ביטוח בריאות		231.00	0.00	231.00
305.00					305.00

סמל	שם סמל	כמות	זיהוי נוסף	מתאריך	עד תאריך סכום
442	ניכוי משרד - ועד נהגים קבועים			07/20	27.19 07/20
446	ארוחת בוקר			07/20	97.50 07/20
858	רווחת-הנהג			07/20	40.00 07/20
1952	דמי חבר הסתדרות			07/20	63.20 07/20
37091	שי השתלמות	2.50	27088867	07/20	169.91 07/20
38111	מנורה מבטחים	6.00		07/20	407.78 07/20
805.58					805.58

1,110.58	סה"כ ניכויים שוטף				1,110.58
1,110.58	סה"כ ניכויים				1,110.58

5,766.72	סכום בבנק בש"ח				5,766.72
----------	----------------	--	--	--	----------

נתונים אישיים

גנוסוב דנה

ת. זהות: 13452008 מספר עובד: 106321
זיהוי נוסף: 135332

משרד: 1881 דן חברה לתחבורה ציבורית
אגף: 24 תנועה
מחלקה: 24080 נהגי-אוטובוסים
כתובת: הנפר 16 ראשון לציון 7542944

מצב משפחתי: נשואה + 1

עבודת בן זוג: בן/בת זוג עובד/ת

סך מקודות זיכוי: 3.75

% מס שולי: 14.00

תאריך תחילת העסקה: 23/11/2010

דרגה: 711 נהג דור ג משופר

דרגה: 0 0

מעמד: 8 קבוע חודשי

קוד בלאומי: 9 ניכוי והפרשה לפי חוק

ימי תקן: 25.00

בנק: 12 הפועלים

סניף: 234 מערב ראשון, נאות שי ראשל"צ

חשבון: 14245

- נתוני עזר -

9148 אחוז מחבר 100.00

1880 תת-מפעל 127

667 שכר יסוד 8,210.21

121 כרטיס נסיעה חוץ 111.50

361 הפרשה גדיש פ"י 158.36

509 הפרשה הפניקס 242.20

705 ביטוח בריאות חוץ 33.00

709 קה"ש שיש השתלו 509.73

38112 מנורה מבטחים 849.54

91025 בסיס לפנסיה 6,796.38

91203 ערך שעה/יום 45.11

94010 ברוטו בל. 7,021.80

יפתיחה זיכוי ניצול הפרשים יסגירה
14.40 14.40 חופשה

- סכומים מצטברים -

חודשי עבודה	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	יח' מס
25	25	25	25	5	25	25	25						

מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 930000096

מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 930000096

ברוטו למס הכנסה 40,346.48

פטור בגין דמי טיפול 272.33

זיכוי חסכון 800.57

סכ"ה זיכוי מנקודות 5,091.75

הכנסה בפריסה שנתית 218.40

שכר בסיס	תוספות	עבודה נוספת	החזר הוצאות	תשלומים אחרים	ברוטו שוטף	הפרשים	סך תשלומים	ניכוי חובה	שכר גטו	ניכוי משרד	ניכוי חו"ז	סכום בבנק
5,796.38	0.00	76.42	4.50	0.00	6,877.30	0.00	8,877.30	305.00	8,572.30	805.58	0.00	5,766.72

דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ											
זמן חישוב: 06/07/2020 12:02:00											
פירוט תשלומים וניכויים תלוש: 2 דף: 1 יוני 2020											
גנוסוב דנה											
ת. זהות: 13452008 מספר עובד: 106321											
זיהוי נוסף: 135332											
משרד: 1881 דן חברה לתחבורה ציבורית											
אגף: 24 תנועה											
מחלקה: 24080 נהג-אוטובוסים											
כתובת: הנופר 16 ראשון לציון 7542944											
מצב משפחתי: נשואה + 1											
עבודת בן זוג: ב/בת זוג עובדת											
סך נקודות זיכוי: 3.75											
% מס שולי: 14.00											
תאריך תחילת העסקה: 23/11/2010											
דרגה: 711 נהג דורג משופר											
דרגה: 0 0											
מעמד: 8 קבוע חודשי											
קוד ב.לאומי: 9 זיכוי והפרשה לפי חוק											
ימי תקן: 25.00											
בנק: 12 הפועלים											
סניף: 234 מערב ראשון, נאות שי ראשל"צ											
חשבון: 14245											
נתוני עזר -											
9148 אחוז מחבר 100.00											
1880 תת-מפעל 127											
667 שכר יסוד 8,210.21											
121 כרטיס נסיעה חוז 111.50											
361 הפרשה גדיש פוי 171.95											
509 הפרשה הפניקס 242.20											
705 ביטוח בריאות חו 33.00											
709 קה"ש שי השתלו 553.49											
38112 מנורה מבטחים 922.48											
91025 בסיס לפנסיה 7,379.88											
91203 ערך שעה/יום 45.11											
94010 ברוטו ב.ל. 7,653.93											
י.פתיחה זיכוי ניצול הפרשים י.סגירה											
חופשה 14.40 14.40											
סכומים מצטברים -											
חודשי עבודה ית' מכ											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25	25	25	5	25	25						
מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 930000096											
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 930000096											
ברוטו למס הכנסה 33,324.68											
פטור בגין דמי טיפול 224.94											
זיכוי חסכון 657.85											
סכ"ה זיכוי מנקודות 4,270.50											
הכנסה בפרשה שנתי 180.90											
פירוט הפרשי ניכויים -											
סמל שם סמל מתאריך עד תאריך כמות סכום											
77 מתנות אישיות 05/20 05/20 0.00 -300.00											
סה"כ הפרשי ניכויים -300.00											
סה"כ הפרשים 300.00											
סכום בבנק											
6,308.73											

נתונים אישיים

גנוסוב דנה

ת. זהות:	13452008	מספר עובד:	106321
זיהוי נוסף:	135332		
משרד:	1881	דן חברה לתחבורה ציבורית	
אגף:	24	תנועה	
מחלקה:	24080	נהג-אוטובוסים	
כתובת:	הנופר 16 ראשון לציון	7542944	
מצב משפחתי:	נשואה + 1		
עבודת בן זוג:	בן/בת זוג עובד/ת		
סך נקודות זיכוי:	3.75		
% מס שולי:	14.00		
תאריך תחילת העסקה:	23/11/2010		
דרגה:	711	נהג דור ג משופר	
דרגה:	0		
מעמד:	8	קבוע חודשי	
קוד ב.לאומי:	9	זיכוי והפרשה לפי חוק	
ימי תקן:	25.00		
בנק:	12	הפועלים	
סניף:	234	מערב ראשון, נאות שי ראשל"צ	
חשבון:	14245		

נתוני עזר -

9148	אחוז מחבר	100.00
1880	תת-מפעל	127
667	שכר יסוד	8,210.21
121	כרטיס נסיעה חוו	111.50
361	הפרשה גדיש פי	171.95
509	הפרשה הפניקס	242.20
705	ביטוח בריאות ח	33.00
709	קה"ש שי השתלו	553.49
38112	מנורה מבטחים	922.48
91025	בסיס לפנסיה	7,379.88
91203	ערך שעה/יום	45.11
94010	ברוטו ב.ל.	7,653.93

י.פתיחה	זיכוי ניצול	הפרשים י.סגירה
חופשה	14.40	14.40

סכומים מצטברים -

חודשי עבודה	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	יח' מס
מספר תיק ניכויים מס הכנסה:	930000096												
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי:	930000096												
ברוטו למס הכנסה	33,324.68												
פטור בגין דמי טיפול	224.94												
זיכוי חסכון	657.85												
סכ"ה זיכוי מנקודות	4,270.50												
הכנסה בפרסה שנתית	180.90												

שכר בסיס	תוספות	עבודה נוספת	החזר הוצאות	תשל אחרים	ברוטו שוטף	הפרשים	סך תשלומים	ניכויי חובה	שכר נטו	ניכוי משרד	ניכויי חל"צ	סכום בבנק
7,379.88	0.00	125.05	4.50	0.00	7,509.43	0.00	7,509.43	380.00	7,129.43	820.70	0.00	6,308.73

דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ												
זמן חישוב: 07/06/2020 06:40:00												
פירוט תשלומים וניכויים תלוש: 1 דף: 1												
מאי 2020												
סמל	שם סמל	כמות	תעריף	מספר אישי	תאריך עד	סכום	סה"כ					
2000	- סה"כ מרכיבי שכר -	133.74		6,217.63	05/20							
	שעות-חול											
6,217.63												
2025	- עבודה נוספת -	13.00		90.31	05/20							
	שעות לילה											
90.31												
1707	- החזר הוצאות -			4.50	05/20							
	גילום מ.ה ביטוח											
4.50												
6,312.44	ברוטו שוטף											
6,312.44	סה"כ תשלומים											
- ניכויי חובה -												
סמל	שם סמל	סכום	הפרשים	סה"כ								
91001	ביטוח לאומי	73.00	0.00	73.00								
92041	ביטוח בריאות	230.00	0.00	230.00								
303.00												
- ניכויי משרד -												
סמל	שם סמל	כמות	זיהוי נוסף	עד תאריך	תאריך	סכום						
77	מתנות אישיות			05/20	05/20	150.00						
442	ועד נהגים קבועים			05/20	05/20	24.87						
446	ארוחת בוקר			05/20	05/20	60.00						
858	רונחת-הנהג			05/20	05/20	40.00						
1952	דמי חבר הסתדרות			05/20	05/20	63.12						
37091	שי השתלמות	2.50	27088867	05/20	05/20	155.44						
38111	מנורה מבטחים	6.00		05/20	05/20	373.06						
866.49												
1,169.49	סה"כ ניכויים שוטף											
1,169.49	סה"כ ניכויים											
5,142.95	סכום בבנק בש"ח											
נתונים אישיים												
גנוסוב דנה												
ת. זהות: 13452008 מספר עובד: 106321												
זיהוי נוסף: 135332												
משרד: 1881 דן חברה לתחבורה ציבורית												
אגף: 24 תנועה												
מחלקה: 24080 נהגי-אוטובוסים												
כתובת: הנופר 16 ראשון לציון 7542944												
מצב משפחתי: נשואה + 1												
עבודת בן זוג: בן/בת זוג עובדת												
סך נקודות זיכוי: 3.75												
% מס שולי: 10.00												
תאריך תחילת העסקה: 23/11/2010												
דרגה: 711 נהג דור ג משופר												
דרגה: 0												
מעמד: 8 קבוע חודשי												
קוד ב.לאומי: 9 ניכוי והפרשה לפי חוק												
ימי תקן: 25.00												
בנק: 12 הפועלים												
סניף: 234 מערב ראשון, באות שי ראשל"צ												
חשבון: 14245												
נתוני עזר -												
9148	אחוז מחבר	100.00										
1880	תת-מפעל	127										
667	שכר יסוד	8,210.21										
121	כרטיס נסיעה חוץ	111.50										
361	הפרשה גדיש פי	144.87										
509	הפרשה הפניקס	242.20										
705	ביטוח בריאות ח	33.00										
709	קה"ש שי השתל	466.32										
1754	שווי יין	556.60										
38112	מנורה מבטחים	777.21										
91025	בסיס לפנסיה	6,217.63										
91203	ערך שעה/יום	45.11										
94010	ברוטו בל	7,013.54										
י.פתיחה זיכוי ביטול הפרשים י.סגירה												
חופשה 24.00 22.14 -1.86												
סכומים מצטברים -												
חודשי עבודה	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
יח' מכ	25	25	25	5	25							
מספר תיק ניכויים מס הכנסה: 930000096												
מספר תיק ניכויים ביטוח לאומי: 930000096												
ברוטו למס הכנסה: 25,670.75												
פטור בגין דמי טיפול: 173.28												
זיכוי חסכון: 502.87												
סכ"ה זיכוי מנקודות: 3,449.25												
הכנסה בפרסיה שנתית: 143.40												
שכר בסיס	תוספות	עבודה נוספת	החזר הוצאות	תש' אחרים	ברוטו שוטף	הפרשים	סך תשלומים	ניכוי חובה	שכר נטו	ניכוי משרד	ניכוי חו"ז	סכום בבנק
6,217.63	0.00	90.31	4.50	0.00	6,312.44	0.00	6,312.44	303.00	6,009.44	866.49	0.00	5,142.95

02/09/20 15:55:08

פרטי מטופל

שם מטופל: גנוסוב דנה ג'אן מס' ת"ז: 1-01345200/8 גיל: 52.2 מין: נקבה

אבחנת רופא:

CONTUSION BACK LT C
 .CONTUSION OF HIP AND THIGH BIL
 CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG

סיכום טיפולי פיזיותרפיה

הטיפול בנ"ל כלל 1 ביקורים עד כה, מתאריך 02/09/2020 עד תאריך 02/09/2020, כולם ביקורים במכון.
 המטופלות טופלה באמצעות הדרכה, ייעוץ והמלצות

הטיפול כלל:

ב 23.8.2020 בזמן עבודתה החליקה על מים ונפלה במדרגות ברזל מגובה קומה 1, כשגופה וראשה נחבלו במדרגות ובריציפה. החבטה הראשונה היתה בירכיים ובגב, ובזמן הנפילה נחבלה בשאר הגוף. עצרה את הנפילה בעיקר עם יד ימין ורגל שמאל. ללא איבוד הכרה. ללא בחילות או הקאות. לא הצליחה לקום מהמיטה במשך 4 ימים, ולא בוצעו צילומים. בעוד 5 ימים יש לה תור למיפוי עצמות. מתלוננת על כאבים מפושטים בכל הגוף עם הגבלה תפקודית. מתעוררת בלילה מספר פעמים מהכאבים. צואר-הגבלה אנטלגית לכל הכיוונים, בעיקר ברוטציות. רוטציה לשמאל-נימול בגב דורסלי. מתקשה לבצע רוורס ולהביט לצדדים בזמן נהיגה. כתפיים-כתף ימין -הגבלה אנטלגית בסוף טווח F ABD EXT. ROT. אינה מסוגלת לסגור חזיה מאחור. תנועות מרפקים וש.כ.י שמורות. כוח גס תקין.

גב תחתון-הגבלת טווח אנטלגית משמעותית לכל הטווחים. גורם לנימול בגב דורסלי
 כאב משמעותי ב 2 הירכיים בהליכה ובקימה משיבה וההפך. E

G2/ womack

תפקוד נוכחי:

המלצות:

הידרותרפיה 1+5 בבריכה בנס ציונה

עמ' 1 מתוך 2





טופל ע"י: אלטרס קלינה

במכון: קדמת ראשון-פיקא - מחוז דרום

בברכה,

משיח קלינה

kalina.m@meuhedet.co.il

תאריך הפקדה: 7/09/2020
תאריך הדפסה: 7/09/2020

מקור

אל: גולדן קייר נס ציונה

1:ף1

התחייבות כספית למכון/מעבדה
מספר 716099964



פרטי המבוטח/ת

ת.ז. : 1345200/8 - 1
שם : גנוסוב דנה גיאנ
כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון
תאריך לידה: 8/06/1968
טלפונים: 054-2407772 054-2407772
מיקוד: 75429

המבוטח/ת מופנה/ת אליכם לטיפול לתאריך 7/09/2020 עד 7/01/2021
בהתאם לפירוט הבא:

שם הבדיקה/טיפול	קוד בדיקה/טיפול	כמות
הידרותרפיה (טיפול בבריכה) - פרטני	93.33	5
הידרותרפיה - אבחון	93.34	1

נותן השירות

שם ספק:..... גולדן קייר נס ציונה
כתובת:..... הפטיש 3
טלפונים:..... 0732456262 *4922
ימי קבלה:..... א-ה
שעות קבלה:..... 13:00- 8:00
20:00-13:00
74047
פקס: 0732456299

גורם מפנה

מכון פיזיותרפיה - ראשון לציון

יש להגיע עם כרטיס מגנטי לקבלת הבדיקה/טיפול
במידה וההתחייבות לא תמומש ניתן לפנות למרפאה לקבלת החזר ההשתתפות

תוקף התחייבות זו עד תאריך: 7/01/2021

מפיק/ת ההתחייבות: אורטל שלו

בטלפון: 03-9480808

לבירורים ושאלות ניתן לפנות למרפאת ראשל"צ - פיקא



להיות בריא ולהשאר בריא

-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 02/09/2020
תאריך הדפסה: 02/09/2020

מס. טופס



3520011408

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז. 1013452008 שם המבוטח: גנוסוב דנה ג'אג מין: נקבה ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 08/06/1968
כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון מיקוד: 75429 טלפון: 054-2407772

שם המעביד: דן
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:

שכיר:

כן

רופא מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

נמצא בטיפול מיום:

תאריך התאונה: 23/08/2020

כל הגוף כואב (מכות יבשות)

האיבר שנפגע:

התעסקות בשעת הפגיעה:

תאור התאונה:

פרטי הטיפולים שנעשו במקום:

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

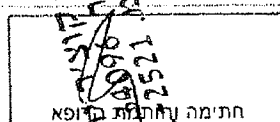
אבחנות:

- CONTUSION BACK l t c
- CONTUSION OF HIP AND THIGH bilateral
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)
- LOW BACK PAIN

היא אינה מסוגלת עדיין לעסוק בעבודתה או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגעת הנ"ל ביום: 23/08/2020

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 24/08/2020 עד יום 30/09/2020 סה"כ 38 ימים



רשיון: 34096

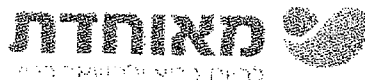
רופא/מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

תחום עיסוק: אורתופדיה

טלפון: 03-9480808

כתובת: פיקא 31 ראשון לציון

www.meuhedet.co.il



-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 08/09/2020
תאריך הדפסה: 08/09/2020

ת.ז: 1013452008 שם המבוטח: גנוסוב דנה ג'אן מין: נקבה ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 08/06/1968
כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון מיקוד: 75429 טלפון: 054-2407772



מ.ט.פ. 3523008880

מכון הידרותרפיה

הבדיקה הדרושה: הידרותרפיה - PRG0025

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

לכבוד: מכון הידרותרפיה

תלונות החולה:

- העתק מ-23.08.2020: היום נפלה ממדרגות, בשעות העבודה, נפגעה ב בכל חלקי הגב, גפיים עליונות ותחתונות, קרסול שמאל, נפגעה בראש באזור האורף, ללא איבוד הכרה, ללא בחילות או הקאות סובלת מכאבים בכל חלקי הגב, כאבים ברגל שמאל בקרסול וכאבים בעצמות האגן

ביום 08.09.2020:

- לאור מצבה הומלץ לבצע טיפול הידרותרפיה

אבחנות:

- ACCIDENT
- CONTUSION BACK
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)
- CONTUSION OF HIP AND THIGH
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- FALLING, 23.08.2020

שאלות לבדיקה:

טיפול

בתודה

הסטוריה רפואית:**גורמי סיכון**

לא שותה אלכוהול. לא מעשן/ת. פעילות גופנית הליכה 7 פעמים בשבוע. עכשיו מבצע/ת דיאטה.

רגישות לתרופות

IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית
ROXITHROMYCIN גורמת בחילות הקאות ושלשולים
POVIDONE IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית ורגישות לIOD.

בעיות פעילות

Chronic HEARTBURN

GERD

Chronic, Moderate DYSPNEA

PAIN IN THE KNEE right
 LOW BACK PAIN
 CHOLELITHIASIS
 FATTY LIVER
 VITAMIN D DEF UNS
 STATUS POST CHOLECYSTECTOMY
 STATUS POST BARIATRIC SLEEVE GASTRECTOMY
 DIVERTICULOSIS COLON
 MORBID OBESITY

רגישות לחומרים

יוד במגע עורי, בהזרקה גורמת לתגובה אנפילקטית
 ALOE VERA, לא ספציפי גורמת לדרמטיטיס

רגישות למזון

ללא סיפור של רגישות למזון



רשיון: 27281

רופא/מטפל: ד"ר פיזנברג לריסה

טלפון: 03-9423111

תחום עיסוק: רפואה כללית

כתובת: קאפח 4 ראשון לציון

www.meuhedet.co.il



להיות בריא ולהשאר בריא

-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 02/09/2020
תאריך הדפסה: 02/09/2020



מס. טופס

3520011408

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז: 1013452008 שם המבוטח: גנוסוב דנה ג'אן מין: נקבה ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 08/06/1968
כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון מיקוד: 75429 טלפון: 054-2407772

שם המעביד: דן

טלפון:

כתובת המעביד:

מקצוע:

שכיר:

כן

רופא מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

נמצא בטיפול מיום:

תאריך התאונה: 23/08/2020

כל הגוף כואב (מכות יבשות)

האיבר שנפגע:

התעסקות בשעת הפגיעה:

תאור התאונה:

פרטי הטיפולים שנעשו במכון:

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

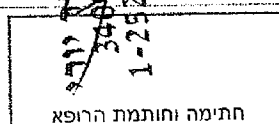
אבחנות:

- CONTUSION BACK l t c
- CONTUSION OF HIP AND THIGH bilateral
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)
- LOW BACK PAIN

היא אינה מסוגלת עדיין לעסוק בעבודתה או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגעת הנ"ל ביום: 23/08/2020

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 24/08/2020 עד יום 30/09/2020 סה"כ 38 ימים



רשיון: 34096

רופא/מטפל: ד"ר קוצ'ר יורי

תחום עיסוק: אורתופדיה

טלפון: 03-9480808

כתובת: פיקא 31 ראשון לציון

חתימה וחותמת הרופא

www.meuhedet.co.il

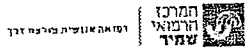
Asaf Harofeh

30/08/2020 12:00:32 PAGE

1/001

Fax Server

אישור קבלת פקס המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)



מוקד מידע וזימון תורים - המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
 לכבוד : מס' הפקס 036933054
 פנייתך באמצעות פקס התקבלה
 מס' העמודים שהתקבלו : 1
 הפנייה תטופל בהקדם
 אין צורך להתקשר לברר על הגעת הפקס
 במידת הצורך ניצור עמך קשר טלפוני
 תודה מראש
 שימו ♥ ניתן להזמין תור בצורה מקוונת באתר האינטרנט שלנו
www.shamir.org

מוקד זימון תורים
 תחום כללי
 *טלפון: 08-9779610 / 9125
 פקס: 08-9779611
call_center_fax@shamir.gov.il

תחום מכונים
 טלפון: 08-9542540
 פקס: 08-9542394
call_center_fax2@shamir.gov.il

תחום נשים
 טלפון: 08-9542954
 פקס: 08-9542955
hafnayot_nashim_fax@shamir.gov.il

תחום דימות
 טלפון: 08-9542111
 פקס: 08-9779831
dimut_ref_fax@shamir.gov.il

0 0 0 1 5 0 4

קבלה

*** מקור ***

לכבוד
 גנוסוב דנה ג'א
 ראשון לציון הנופר

10:55:09 28/08/20 : תאריך
 000240117 : לקוח
 : סוכן

: סוכן
 מס קופה : 23066
 שם קופה : ק.משנית - ראשל"צ

ת.ז. : 101345200

סכומים ב- שקלים

השתתפות מרפאות חוץ

סכום	ת' פרעון	אסמכתא	סניף - בנק	חשבון	אמצעי תשלום
35.00	28/08/20	!	!	!	!
35.00	סה"כ	!	!	!	!

חתימת החבר

חתימת פקיד

תאריך הפקה: 28.08.2020
דף: 1

רשימת תורים

גב' גנוסוב דנה ג'אן ת.ז.: 13452008 -1
כתובת: הנופר 16/17 75429 ראשון לציון
טלפונים-בית: 054-2407772 בעבודה: 054-2407772

הינך מוזמנת למכון פיזיותרפיה

גב' אלטרס קלינה - פיזיותרפיה
פיק"א 31
ראשון לציון
טלפונים: טל 03-9480830

רביעי 02.09.2020 15:30

*** שעת הבקור הינה משוערת ותיתכן המתנה
*** אם יש שנוי ו/או כתובתך, אנא הודיע/י במזכירות הסניף.
*** יש להודיע לפחות 24 שעות קודם מועד התור, על אי הגעה לתור או ביטולו

TX Result Report

P 1

30/08/2020 11:36

Serial No. A1UFD21007148

TC: 229134

Addressee	Start Time	Time	Prints	Result	Note
089542394	08-30 11:34	00:01:49	001/001	OK	

Note

THR:Timer TX, POL:Polling, ORG:Original Size Setting, FME:Frame Erase TX,
 DPG:Page Separation TX, MIX:Mixed Original TX, CALL:Manual TX, CSRC:CSRC,
 FWD:Forward, PC:PC-FAX, BND:Double-Sided Binding Direction, SP:Special Original,
 FCODE:F-code, RTX:Re-TX, RLY:Relay, MBX:Confidential, BUL:Bulletin, SIP:SIP Fax,
 IPADR:IP Address Fax, I-FAX:Internet Fax

Result OK: Communication OK, S-OK: Stop Communication, PW-OFF: Power Switch OFF,
 TEL: RX from TEL, NG: Other Error, Cont: Continue, No Ans: No Answer,
 Refuse: Receipt Refused, Busy: Busy, M-Full:Memory Full,
 LOVR:Receiving length Over, POVR:Receiving page Over, FIL:File Error,
 DC:Decode Error, MDN:MDN Response Error, DSN:DSN Response Error.

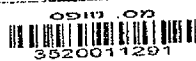
Page 1 of 1

מאחדת
 להיות בריא ולהשאר בריא

-- רפואי אישי --

28/08/2020
28/08/2020ד"ר קוצר יורי
אורתופדיה

08/08/1968	ת.ל.ד.מ.	מאחדת	ב.מ.מ.	ב.מ.מ.	ב.מ.מ.	ש.מ.מ.	1013 462008
054-2407772	טלפון	75429	מיקוד	הנופר 16/17 ראשון לציון	כתובת		



הפנייה למיפוי

מבדיקה הדורשה: מיפוי עצמות - MPI0026

בדיקה גופנית:

מערכת שלד: נפילה ממדרגות, בשעות העבודה, נפגעה בכל חלקי הגב, גפיים עליונות ותחתונות, קרסול שמאל, נפגעה בראש באזור האוזר, ללא איבוד הכרה, ללא בחילות או הקאות, סובלת מכאבים בכל חלקי הגב, כאבים ברגל שמאל בקרסול וכאבים בעצמות האגן.
 בבדיקה שתי סריטות קלות באזור מרפקים, פרט לזה ללא סימני חבלה, רגישות באזור פראורטברי של גב גבי ותחתון, רגישות באזור מרפקים של אגן צדדי, מוגבלת בתנועת של הגב, ללא סימני שבר קליניים, ללא פחת בורסוקולרי.

אבחנות:

- CONTUSION BACK l t c
- CONTUSION OF HIP AND THIGH bilateral
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)

ד"ר קוצר יורי
 אורתופדיה
 פיקא 31 ראשון לציון



רש"מ 34096

טלפון 03-9480808

www.meuhedet.co.il

AQUA CARE
מרכז הידרותרפיה מבית GOLDEN CARE



אל הרופא המטפל

תאריך _____

שלום רב, אנו מבקשים לדעת האם יש התוויות נגד לטיפול בבריכה הטיפולית

עבור _____

ת.ז. _____

מדובר בבריכה טיפולית המוחזקת בטמפ' של עד 35 מעלות צלזיוס. הטיפול דורש שהייה במים של כחצי שעה.

האם ידוע על:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| לחץ דם לא מאוזן. | פצעים בעור. |
| פעילות לבבית לא תקינה. | זיהומים. |
| MI בשלושה שבועות האחרונים. | פטריות (כולל וגיליות). |
| בעיות בשליטה על סוגרים. | CVA בשלב האקוטי. |
| אי ספיקת כליות במצב מתקדם. | חיידקים עמידים. |
| טיפול אונקולוגי- דרוש אישור אונקולוג | הריון- דרוש אישור גניקולוג |

אם למיטב ידיעתך, יש סיבה אחרת לנ"ל להמנע מקבלת טיפול הידרותרפיה נא לציין כאן:

דורש זהירות, נא לציין:

DVT בעבר הרחוק

אפילפסיה

הפרעות בבליעה

הריני מאשר בזאת טיפולים הידרותרפיים לנ"ל כפי שפורטו לעיל

חתימת הרופא _____

תודה על שיתוף הפעולה

צוות AQUA CARE

את המסמך יש להשיב למזכירות בפקס 073-2456299 או במייל Hydrocenter@gcare.co.il

לכל שאלה ועניין ניתן לפנות למרכז ההידרותרפי בטלפון 073-2456262

מטופל/ת יקר/ה,

הופנית לטיפול הידרותרפיה ע"י פיזיותרפיסט.
 מצ"ב מספר פרטים שחשוב לנו שתדע/י.

* לקביעת התור יש לפנות לבריתה אליה הופנית לפי הפרטים המפורטים בטופס ההתחייבות שקיבלת. המסמכים הדרושים לך הם:
 א. הפניית פיזיותרפיסט להידרותרפיה
 ב. טופס התחייבות שהונפק לך במזכירות המכון
 ג. אישור רפואי להשתתפות בטיפול בבריתה מחוממת

* בסיום הטיפול ובהתאם לצורך, המכון בו טופלת ישלח סיכום טיפול או בקשה להמשך טיפול למכון הפיזיותרפיה בקופה. הפיזיותרפיסט שהפנה אותך להידרותרפיה יבצע הערכה מחודשת, ייתכן ויתקשר אליך או יזמין אותך לבדיקה נוספת במכון ובהתאם להחלטתו נפעל. זמן הטיפול בבקשה להמשך טיפול הנו כשבוע ימים.

* אין לתאם תור המשך במידה ואין לך התחייבות תקפה לטיפולים. לא תוכל לקבל התחייבות בדיעבד.

* סל הבריאות מאפשר קבלת עד 12 טיפולי פיזיותרפיה/הידרותרפיה בשנה בלבד.

מכון פיזיותרפיה ראשון לציון
 טל': 03-9480808
 פקס: 03-6327079
 דוא"ל: pt.rishon@meuhedet.co.il

תאריך ושעת הדפסה: 10.9.2020 14:09
 ע"י: פיזנברג לריסה מ.ר: 027281



הרחבת ביקור

טל: 054-2407772

ת.ד: 1-013452008

גבוסוב דנה ג'אן

מבוטח:

תחום עיסוק: רפואה כללית

שם רופא/מטפל: פיזנברג לריסה

נתוני ביקור

שם האתר:

מרפאת מאוחדת נאות שקמה- ראשל"צ

תאריך:

17:32 23/08/20

אופן דיווח:

16 כרטיס במהדורה

סיבת ביקור:

מחלה

אגרה:

סיבת ביקור

- היום נפלה ממדרגות, בשעות העבודה, נפגעה ב בכל חלקי הגב, גפים עליונות ותחתונות, קרסול שמאל, נפגעה בראש באזור האורף, ללא איבוד הכרה, ללא בחילות או הקאות
- סובלת מכאבים בכל חלקי הגב, כאבים ברגל שמאל בקרסול וכאבים בעצמות האגן

בדיקה גופנית

שתי סריטות קלות באזור מרפקים, פרט לזה ללא סימני חבלה, רגישות באזור פראורטברלי של גב גבי ותחתון, רגישות באזור מרפקים של אגן דו צדדי, מוגבלת בתנועול של הגב

אבחנות

- ACCIDENT
- FALLING, 23.08.2020
- CONTUSION BACK
- CONTUSION OF HIP AND THIGH
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)

טיפול אחיות

זריקה/מתן תרופה ABITREN TEVA 75MG/3ML 10AMP

הפניות

מופנה אל: לכבוד, רופא אורטופד

מקור

דף: 1

אל: גולדן קייר נס ציונה



התחייבות כספית למכון/מעבדה
מספר 716099964

פרטי המבוטח/ת

ת.ז. : 1345200/8 - 1
שם : גנוסוב דנה ג'אנ
כתובת: הנופר 16/17 ראשון לציון
תאריך לידה: 8/06/1968
טלפונים: 054-2407772 054-2407772
מיקוד: 75429

המבוטח/ת מופנה/ת אליכם לטיפול לתאריך 7/09/2020 עד 7/01/2021

בהתאם לפירוט הבא:

שם הבדיקה/טיפול	קוד בדיקה/טיפול	כמות
הידרותרפיה (טיפול בבריכה) - פרטני	93.33	5
הידרותרפיה - אבחון	93.34	1

נותן השירות

שם ספק:..... גולדן קייר נס ציונה
כתובת:..... הפטיש 3
טלפונים:..... 0732456262 *4922
ימי קבלה:..... א-ה
שעות קבלה:..... 13:00- 8:00
20:00-13:00
74047
פקס: 0732456299

גורם מפנה

מכון פזיותרפיה - ראשון לציון

יש להגיע עם כרטיס מגנטי לקבלת הבדיקה/טיפול
במידה וההתחייבות לא תמומש ניתן לפנות למרפאה לקבלת החזר ההשתתפות

תוקף התחייבות זו עד תאריך: 7/01/2021

מפיק/ת ההתחייבות: אורטל שלו

בטלפון: 03-9480808

לבירורים ושאלות ניתן לפנות למרפאת ראשל"צ - פיקא

ת.ז:	1013452008	שם המבוטח:	גנוסוב דנה ג'אן	מין:	נקבה	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	08/06/1968
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	054-2407772				

מס. טופס	3523008880	מכון הידרותרפיה
----------	------------	------------------------

הבדיקה הדרושה: **הידרותרפיה - PRG0025**

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

לכבוד: מכון הידרותרפיה

תלונות החולה:

- העתק מ-23.08.2020: היום נפלה ממדרגות, בשעות העבודה, נפגעה ב בכל חלקי הגב, גפיים עליונות ותחתונות, קרסול שמאל, נפגעה בראש באזור האורף, ללא איבוד הכרה, ללא בחילות או הקאות סובלת מכאבים בכל חלקי הגב, כאבים ברגל שמאל בקרסול וכאבים בעצמות האגן

ביום 08.09.2020:

- לאור מצבה הומלץ לבצע טיפול הידרותרפיה

אבחנות:

- ACCIDENT
- CONTUSION BACK
- CONTUSION OF FACE, SCALP, AND NECK EXCEPT EYE(S)
- CONTUSION OF HIP AND THIGH
- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG
- FALLING , 23.08.2020

שאלות לבדיקה:

טיפול

בתודה

הסטוריה רפואית:

גורמי סיכון

לא שותה אלכוהול. לא מעשן/ת. פעילות גופנית הליכה 7 פעמים בשבוע. עכשיו מבצע/ת דיאטה.

רגישות לתרופות

IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית

ROXITHROMYCIN גורמת בחילות הקאות ושלשולים

POVIDONE IODINE גורמת לתגובה אנפילקטית ורגישות לIOD.

בעיות פעילות

Chronic HEARTBURN

GERD

Chronic, Moderate DYSPNEA

PAIN IN THE KNEE right
LOW BACK PAIN
CHOLELITHIASIS
FATTY LIVER
VITAMIN D DEF UNS
STATUS POST CHOLECYSTECTOMY
STATUS POST BARIATRIC SLEEVE GASTRECTOMY
DIVERTICULOSIS COLON
MORBID OBESITY

רגישות לחומרים

יוד במגע עורי, בהזרקה גורמת לתגובה אנפילקטית
אלרגן לא ספציפי גורמת לדרמטיטיס, ALOE VERA

רגישות למזון

ללא סיפור של רגישות למזון



רשיון: 27281

טלפון: 03-9423111

רופא/מטפל: ד"ר פיזנברג לריסה

תחום עיסוק: רפואה כללית

כתובת: קאפח 4 ראשון לציון

www.meuhedet.co.il

פרטי מטופל

מין: נקבה

גיל: 52.2

מס' ת"ז: 1-01345200/8

שם מטופל: גנוסוב דנה ג'אנ

אבחנת רופא:

CONTUSION BACK LT C
.CONTUSION OF HIP AND THIGH BIL
CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG

סיכום טיפולי פיזיותרפיה

הטיפול בנ"ל כלל 1 ביקורים עד כה, מתאריך 02/09/2020 עד תאריך 02/09/2020, כולם ביקורים במכון.
המטופלת/ת טופלה באמצעות הדרכה, ייעוץ והמלצות

הטיפול כלל:

ב 23.8.2020 בזמן עבודתה החליקה על מים ונפלה במדרגות ברזל מגובה קומה 1, כשגופה וראשה נחבלו במדרגות ובריציפה. החבטה הראשונה היתה בירכיים ובגב, ובזמן הנפילה נחבלה בשאר הגוף. עצרה את הנפילה בעיקר עם יד ימין ורגל שמאל. ללא איבוד הכרה. ללא בחילות או הקאות. לא הצליחה לקום מהמיטה במשך 4 ימים, ולא בוצעו צילומים. בעוד 5 ימים יש לה תור למיפוי עצמות. מתלוננת על כאבים מפושטים בכל הגוף עם הגבלה תפקודית. מתעוררת בלילה מספר פעמים מהכאבים. צוואר-הגבלה אנטלגית לכל הכיוונים, בעיקר ברוטציות. רוטציה לשמאל-נימול בגב דורסלי. מתקשה לבצע רוורס ולהביט לצדדים בזמן נהיגה. כתפיים-כתף ימין-הגבלה אנטלגית בסוף טווח F ABD EXT. ROT. אינה מסוגלת לסגור חזיה מאחור. תנועות מרפקים וש.כ.י שמורות.

כוח גס תקין.

גב תחתון-הגבלת טווח אנטלגית משמעותית לכל הטווחים. גורם לנימול בגב דורסלי
כאב משמעותי ב 2 הירכיים בהליכה ובקימה משיבה וההפך. E

627 Womack

תפקוד נוכחי:

המלצות:

הידרותרפיה 1+5 בבריכה בנס ציונה

עמ' 1 מתוך 2



— רפואי אישי —

תאריך ושעת הדפסה: 10.9.2020 14:09
 ע"י: פיזנברג לריסה מ.ר: 027281

מאוחדת
תיק מרכזי

הרחבת ביקור

טל: 054-2407772

ת.ז: 1-013452008

גנוסוב דנה ג'אן

מבוטח:

הפניות למכונים

צילום עמוד שדרה גבי

צילום עמוד שדרה מותני-סקרלי

צילום עמוד שדרה צווארי

צילום אגן

תרופות**קיימת חתימה אלקטרונית לפריט**

• ETOPAN 400MG 30TAB PO 1 TAB X 2/day 1 O.P. (85%)

75951

דיון והמלצות

קיבלה הפניה לצילומים, זריקת אביטרן, הומלץ על טיפול באיטופן, מופנית לבדיקה עיעי' אורטופד, לא מעוניינת בבדיקה של נוירולוג

הומלץ להביא טופס 250 בל

במידה ולא יחול שיפור במצב הומלץ לפנות לבדיקה חוזרת במרפאה/מוקד/חדר מיון

טופל ע"י: אלטרס קלינה

במכון: קדמת ראשון-פיקא - מחוז דרום

בברכה,

משיח קלינה

kalina.m@meuhedet.co.il

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 16/09/2020 16:36
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME
 FAX NO./NAME
 DURATION
 PAGE(S)
 RESULT
 MODE

16/09 16:22
 089777317
 00:13:52
 38
 OK
 STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

16.9.20

מ.ל.ב.

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה
באמצעות פקס: 08-9777317

א.ג.נ.,

הנדון: דנה גנוסוב, ת.ז. 013452008
 תאונה מיום 23.8.20

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תלושי שכר ותיעוד רפואי.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשתי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,