

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

מ.ל.ב.

16.8.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
פתח תקווה
באמצעות פקס : 03-9114822

א.ג.נ.,

הנדון : תמר נאוויין, ת.ז. 317871960
תאונה מיום 2.9.20

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונה של מרשתי לועדה רפואית אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
10	10	31787960	ת.ז.
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
10	10	תל אביב	תלפון

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

תאריך: 14.10.20 עד לחתימה ומחתימה: _____ חתימה: _____ X

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, ת"ר 1997/10, מרחוב ס' ז'ל' ס' ה' 10 ח' 1', מס' 31979910,
 ת.ז. מס' 31979910, את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
 בענין תאונה מיום 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 חכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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 14 לחודש 10 שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פרייברג~~
~~מס' עור' דפוס: 2254~~



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק.

שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך !

- לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
נאמן	מר	317871960
מין	עיסוק	תאריך לידה
זכר ☐	שכיר ☒	18/12/1996
נקבה ☒	מתנדב ☐	שנה חודש יום
	עצמאי ☐	

נתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
	ראשון לציון	40		70	פרס
דואר אלקטרוני:			טלפון נייד		טלפון קווי
@			0503720304		

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

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
02/09/2020	גלת זכוכית הימנית של ואני חתמתי
שנה חודש יום	ינהלתי

3

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

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

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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

4

פרטי הטיפול רפואי

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ופגמים בתנועת ירכ וזרוע שמאל
קושי רב להיג ואחיזה
צלקת בכף היד
כאבים וקושי בהיג וזרוע תחתית ימנית

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

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

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

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

טלפון

כתובת

שם גורם מייצג או מסייע

03-741235

מזר אהרון פהיח

תאריך תחילת התקשרות: 14.10.20

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

תה נאלי

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
פא"מ	תל אביב	851	34868200

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 15.8.20 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

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

תאריך 15.8.20 חתימת התובע x

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 317871960	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2020 09 08
שם משפחה נאמן	שם פרטי נר	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

תאריך 15.9.20 חתימת המבוטח *

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מורדוביץ עמית

אגודה לעזרה רפואית

מומחה ברפואת המשפחה

שרות רפואי מוסמך

מס' רשיון: 126554

כתובת: רום יעל 8, פתח תקווה

טלפון: 03-7462251 03-7462250

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה נאויין	שם פרטי תמר	שם האב ריצ'רד ר	מס' זהו"י 317871960	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמת גן	רחוב דרך התפוצות	מס' 44	מיקוד 5226459	שנת לידה 1996
חבר (כל)	כ	מקצוע מוכרנית	טלפון 0503720304	שם המעביד וכתובתו to go
ת. פגיעה 02/09/2020	שעה 23:20	התעסקות בשעת הפגיעה סגירת החנות		
האיבר שנפגע מרפק שמאל	שם הרופא המטפל עמית מורדוביץ	נמצא בטיפול מיום 03/09/2020		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בת 23 בריאה בד"כ. אסתמה ברקע. ללא טפיל תרופתי קבוע לא ידוע על אלרגיה לתרופות מחוסנת לטטנוס מהצבא- 5 שנים מהגיוס
 טתמול בזמן עבודתה בחנות התנפצה דלת זכוכית מספר חתכים שטחיים ללא דימום פעיל באזור מרפק משמאל חתך קווי מעט עמוק יותר
 תעבור כעת הדבקה במרפאה על ידי

אבחנה:

- LACERATION HAND
- WORK ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

מיום, היינו מיום: 03/09/2020 עד יום: 07/09/2020 (בכלל)

03/09/2020

ד"ר עמית מורדוביץ
 מ.ר. 126554 מ.ר.מ. 39743
 מומחה לרפואת המשפחה
 חתימה וחותמת

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאוין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:



מיקוד 4802110

שבזי 10/40, ראש העין

כתובת:

0317871960

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 23/05/2021

לכבוד דר' ד"ר גויצקי מיכאל

317871960

ת.ז.:

נאוין תמר

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM

מטרות:

מטרות	תאריך	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תרים שקיות סופר ללא כאב או מגבלה	01/03/2021		23/01/2021
2. המטופלת תעשה את עבודתה היומיומית בחנות נעלית, ללא כאב	01/03/2021		23/01/2021
3. המטופלת תצליח לפתוח צנצנת ללא קושי	01/03/2021		23/01/2021

טופל החל מ- 23/01/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	עונק/מילה	ציון בביקור אחרון
מדדה תפקודית (בטווח של 0-100)	56	87
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	6	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ULTRASOUND

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

חתימה



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: נאויין	שם פרטי: תמר
ת.ל.י.ד.: 18/12/1996	מ.י.נ.: 000000000
ת.ל.י.ד.: 0503720304	טל.עבודה/נייד: 4802110
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין	מיקוד: 4802110
0317871960	

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

הפק ללא הדפסה

שם פיזיותרפיסט: **מכון הפיזיותרפיה**
מ.ר. גורם מפנה: **ראש העין**



0060412673



122055

קוד הפניה: 231585291

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נאוין		שם פרטי: תמר		ת.ז.: 317871960	
ת.לידה: 18/12/1996		מין: נ		טלפון: 000000000		טל.עבודה/נייד: 0503720304	
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין		מיקוד: 4802110					

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

הבדיקה הדרושה: **מרפק שמאל 2 צילומים (AP+ALT)**

קוד: 3070

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 24, ברקע אסתמה

לפני כשנה (2020) התנפצות דלת זכוכית עם חתכים במרפק שמאל, במוקד נעתה הדבקה של חתכים

עשתה פיזיותרפיה ומתעמלת

בבדיקה - צלקות סגורות תקינות מרפק שמאל

טווח מלא יישור כיפוף ופס

רגישות באיזור אפיקונדיל לטרלי ודיסטלית אליו מחמיר ביישור כנגד התנגדות של אצבע 3 ושכי

לאל נפיחות באיזור

כה גם ותחושה שרמזים דיסטלית ספק טינל חיובי בנזק על תעלה רדיאלית

דופק רדיאלי נמוש

ללא סימני חוסר יציבות

המלצות:

צילומים US תרגילים (עברה פיזיותרפיה עם שיפור בעבר) ושימוש בחבק מרפק

אבחנה:

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

בעיות ידועות:

• ANEMIA (07/2021)

מעש/ת: לא

11/08/2021

ד"ר אהוד המבורגר
מ.ר. 122055
אורתופד
מכבי
חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/08/2021 עד תאריך - 07/02/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



0060412673



122055

קוד הפניה: 231585321

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאווין

טל.עבודה/צייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:

מיקוד 4802110

שבזי 10/40, ראש העין

כתובת:



0317871960

US איברים

קוד

6884

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

מרפק שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא המסביר את הכאב?

תלונות: בת 24, ברקע אסתמה

לפני כשנה (2020) התנפצות דלת זסכית עם חתכים במרפק שמאל, במוקד נעתה הדבקה של חתכים

עשתה פיזיותרפיה ומתעמלת

בבדיקתה - צלקות סגורות תקינות מרפק שמאל

טווח מלא יישור כיפוף ופ-ס

רגישות באיזור אפיקונדיל לטרלי ודיסטלית אליו מחמירה ביישור כנגד התנגדות של אצבע 3 ושכני

לאל נפיחות באיזור

כח גס ותחושה שרמזים דיסטלית ספק טינל חיובי בניקוש על תעלה רדיאלית

דופק רדיאלי נמוש

ללא סימני חוסר יציבות

המלצות:

צילומים US תרגילים (עברה פיזיותרפיה עם שיפור בעבר) ושימוש בחבק מרפק

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

אבחנה:

בעיות ידועות:

• ANEMIA (07/2021)

מעשלות: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

11/08/2021

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/08/2021 עד תאריך - 07/02/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



122055

קוד הפניה: 231585369

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאווין

טל. עבודה/נייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לדה:



0317871960

מיקוד 4802110

שבדי 10/40, ראש העין

כתובת:

הפניה לאבזר / ציוד רפואי**במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)**

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אבזר	כמות	קוד אבזר	קוד ספק	מכביפארם
חבק מרפק (טניס) - (ללא צורך בהפניה) - שמאל	1	96571	ק	מכביפארם

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 25/09/2021

11/08/2021

תאריך

ד"ר אהוד המבורגר
מ.ר. 122055
אורתופדיה
(מחלקת נחותמת)

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאבזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il).
את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי,
ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אבזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם
ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555.
לכל סוג אבזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן ויכולו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם.
ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אבזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית
למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האבזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)



טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נאוין		שם פרטי: תמר		ת.ז.: 317871960	
ת.לידה: 18/12/1996		מין: נ		טלפון: 000000000		טל.עבודה/נייד: 0503720304	
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין		מיקוד: 4802110					
0317871960							

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר גויצקי מיכאל
מרת נאוין תמר
תאריך הפקדה: 23/05/2021
ת"ז: 317871960
הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תרים שקיות סופר ללא כאב או מגבלה	01/03/2021		23/01/2021
2. המטופלת תעשה את עבודתה היומיומית בחנות נעלית, ללא כאב	01/03/2021		23/01/2021
3. המטופלת תצליח לפתוח צנצנת ללא קושי	01/03/2021		23/01/2021

טופל החל מ- 23/01/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	56	67
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	6	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-	THERAPEUTIC EXERCISE	בטיפולים שכללו:
Modalities-	MODALITY ULTRASOUND	
Administrative and Others-	EVALUATION INITIAL EVALUATION TREATMENT TREATY	
Specific Education Techniques-	EDU SELF EXERCISE	
Manual Therapy-	Manual Therapy	

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

חתימה



מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

בייגה סיון

פיזיותרפיה

טלפון: 03-9386111

073-2284097 :075

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: באוין		שם פרטי: תמר		ת.ז.: 317871960	
 0317871960		ת.לידה: 18/12/1996		מין: נ		טלפון: 0000000000	
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין		מיקוד: 4802110		טל.עבודה/נייד: 0503729304			

השגת מטרת הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפול-מרוכב
התמדה בתרגול עצמי-מרוכב

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בַּכֶּבֶד וְרַב,

שם המכון: ראש העין מכון פידיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

שם פזיון תרפיס **פזיון תרפיס**
מכון הפזיון תרפיס
מרסל קפואי ראש העיר