

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.

25.8.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
תל אביב יפו
באמצעות פקס : 03-5127402

א.ג.נ.,

הנדון : אבי שרעבי זמאיו, ת.ז. 37258324
תאונה מיום 18.4.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי רלוונטי.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה רפואית אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

יפוי כח

אני הח"מ, _____
 ת.ז. מס' _____, מרחוב _____
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו _____
 _____ נגד _____
 בענין תאונת זכ"א מיום _____
 7.4.29
 מבלי לפגוע בכלליות המיינוי יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש אף תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 פסי"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 הני"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 רשם החברות, רשם חשופיות, רשם העמותות ורשם 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, לפטרים ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתעיל 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 1 לחודש 6 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה גולדברג שם פרטי ארי תעודת זהות 037251324 שם האב _____
 מס' 9 עיר תל אביב מיקוד _____ טלפון _____
 רחוב גולדברג

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי חבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מותן 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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: ארי סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 1.6.21 עד לחתימה ומס' 62254 עו"ד אריאל פריינד חתימה: _____ X
 (במקרה של קטין - חתימות האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

הפניה לדימות

פרטי המטופל					שרעבי דמאיו אבי	
00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	שם האב	שם האב	מס זהות
50 - 5746376	50 - 5746376	6	50	50	צפריר	תל אביב - ישוב
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

מספר הפניה ישירה: 33288293550

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288293550

תז נבדק



37258324

רשיון רופא



108090

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

לכבוד: US כף רגל ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US .a.s. רקמות רכות	10405037

המטופל מתלונן על בן 42
ב 18/4/2021 בזמן עבודה חבלה בכף רגל ימין
עדיין כאבים

ממצאים עיקריים
ללא חוסר NV גס
ללא סימני TENDON TEAR
נפיחות וכאבים ב-BASE OF 3+4 METATARSUS כף רגל ימין
אפשר דריכה מלא

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9249	RT FOOT	CONTUSION

בעיות פעילות

תאריך: 28/04/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		00-03725832-4		שרעבי דמאיו אבי	
יוסף	05/03/1979	ז	42.02	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
שם האב	ת. לידה	מין	גיל		
50 - 5746376	50 - 5746376	6	מס בית	צפריר	תל אביב - ישוב
טלפון נוסף	טלפון			רחוב	

שעת התאונה: 16:30

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובתו: מוסדות חינוך

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/04/2021 עד יום 07/05/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

28/04/2021

28/04/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

רן דורון

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיזעדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת (ק) - יחידה
טלפון: 03-6974000 פקס: 074-7219804

ת.ז.: 3725832-4

שם: שרעבי אבי

טלפון: 050-5746376

כתובת: צפריר 6 תל אביב - יפו 6712326

מין: ז

גיל: 42 ש

מקרה: 40136682

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
04/05/2021	18:22	CT כף רגל\אצבעות, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

לפי הפניית הרופא המטפל

שאלה לבירור

לפי הפניית הרופא המטפל

שם רנטגנאי

אבאזאנסקי אלברט

תיאור הבדיקה והממצאים

פרטים קליניים:

בן 42, חבלה לכף רגל ימין ב- 18 באפריל. בצילום שבר בסיס מטטרסוס. רגישות בבסיסי מטה-טרסוס 2-3.

טכניקה:

נעשתה סריקה של קרסוליים וכפות רגליים עם חתכים דקים ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורונליים וסגיטליים.

ממצאים:

ימין:

שבר קטן בסיס מטטרסוס 4 ללא מעורבות של המשטח המפרקי וללא תזוזה (סדרה 20298, תמונה 64). ללא שברים נוספים בכף הרגל.

שמאל:
ללא קו שבר או תפיחות רקמות רכות.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך
ברור וטיפול.
דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.ח	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. סדובניק עפר	1-33619	1-33619	06/05/2021	14:07

תאריך הקלדה: 06/05/2021

09/05/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב - צפיר	6	6	50	50	50 - 5746376
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

18/04/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס
1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול ב WALKING BOOT

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021
כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
זה ללא נפיחות.
09/05/2021

קוד	איפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021
BOOT פלסטי
CT
ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל
09/05/2021

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס	הודפס

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
113	08/05/2021	08/06/2021	הודפס

סיכום והמלצות: פיזיותרפיה
-הליכה וניידות לפי יכולת ובאופן הדרגתי
בכל מקרה של החמרה יד לפנות לטיפול רפואי

בברכה,

108090

ד"ר קירסטין הוסם הוים

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



09/05/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
תל אביב - צפיר	6		50 - 5746376	50 - 5746376	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 18/04/2021

מספר הפניה:	מספר הפניה	גורם שולח
33288298756	33288298756	3288
תז נבדק	תז נבדק	תז נבדק
37258324	37258324	37258324
רשיון רפא	רשיון רפא	רשיון רפא
108090	108090	108090

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

FRACTURE METATARSal

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס 1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול WALKING BOOT

בעיות פעילות

מ.גילי	אפיון	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

7 ה.ר. 0

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100	1	טבליות	1	ביום
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021:
 כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
 זה ללא נפיחות.
 09/05/2021

מטרת הבדיקה: חזוק שרירים לאחר שבר 4 מטטרוסוס ימין

ד"ר קירסטין הוסם היום	108090	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

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



תאריך 09/05/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					שרעבי דמאיו אבי	
יוסף	05/03/1979	ז	42.02	00-03725832-4	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
50 - 5746376	50 - 5746376	6	6	צפרייר	תל אביב -	שוב
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב	שוב	שוב	שוב

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

ד"ר קירסטין הוסם היום
חותימה וחזותות הרופא של השרות הרפואי המוסמך

מיום 08/05/2021 עד יום 08/06/2021 (בכלל) סה"כ 32 ימים

09/05/2021

ת. הבדיקה

09/05/2021

תאריך מתן התעודה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 09/06/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יוסף	שם האב
שרעבי דמאיו אבי	צפיר	00-03725832-4	42.03	6	50 - 5746376	50 - 5746376	50 - 5746376
תל אביב - ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
825	FRACTURE METATARSAL	4 RT

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

ד"ר קירסטין הוסם היום
מס' 31 ימים
09/06/2021 עד יום 09/07/2021 (בכלל)
09/06/2021 ת. הדיקה

חתימה וחזותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

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

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

09/06/2021 הודפס ע"י ד"ר קירסטין הוסם היום 00-03725832-4

שרעבי דמאיו אבי

18/08/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.05	ז	05/03/1979	יוסף
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	צפיר	6		50 - 5746376	50 - 5746376
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

18/04/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288337486

תז נבדק



37258324

מספר רשיון



108090

לכבוד: מכון אורתופדי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021:

בן 42

ב 18/4/21 בעבודה נתבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס

1. בהסתכלות לא ברור.

09/05/2021:

בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן

בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה

טיפול WALKING BOOT

09/06/2021

עדיין כאבים

עם חבישה אלסטית

בטיפול בפיזיותרפיה

18/08/2021

עדיין כאבים ונפיחות קל

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021

בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021

כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור

זה ללא נפיחות.

09/05/2021
09/06/2021
METATASUS 4 ברגישות
18/08/2021
METATASUS 4 ברגישות

דיון/תוכנית טיפולית

09/06/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
09/05/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
28/04/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
BOOT פלסטי
CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - CT קף רגל
09/05/2021
ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/06/2021
18/08/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT

108090

ד"ר קירסטין הוסם היום

מספר רשיון

מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT

18/08/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי					
00-03725832-4					
גיל					
42.05					
ז					
05/03/1979					
יולד					
שם האב					
50 - 5746376					
טלפון נוסף					
50 - 5746376					
טלפון					
מס זרות					
6					
מס בית					
צפריר					
רחוב					
תל אביב -					
ישוב					

18/04/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288337487

תז נבדק



37258324

מספר רשיון



108090

לכבוד: מכון אורתופדי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021:

בן 42

ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס

1. בהסתכלות לא בחר.

09/05/2021:

בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן

בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה

טיפול WALKING BOOT

09/06/2021:

עדיין כאבים

עם חבישה אלסטית

בטיפול בפיזיותרפיה

18/08/2021:

עדיין כאבים ונפיחות קל

מצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021:

בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021:

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021:

כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור

זה ללא נפיחות.

09/05/2021
 09/06/2021
 METATASUS 4ב רגישות
 18/08/2021
 METATASUS 4ב רגישות

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/06/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021
 BOOT פלסטי
 CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
 טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל
 09/05/2021
 ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 09/06/2021
 18/08/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

תרופות קבועות

...	ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100
ביום	1	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

הערה: ממליצה מדרסים בהתאמה אישית

ד"ר קירסטין הוסם היום

108090

מספר רשיון

מספר רשיון 108090
 מספר רשיון 108090
 מספר רשיון 108090

18/08/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם המטופל	00-03725832-4	42.05	ז	05/03/1979	יוסף
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה	שם האב
תל אביב - צפיר	6	50	5746376	50	5746376
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

18/04/2021 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 18/08/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענה כשבר בסיס מטטרסוס
1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול ב WALKING BOOT
09/06/2021
עדיין כאבים
עם חבישה אלסטית
בטיפול בפיזיותרפיה
18/08/2021
עדיין כאבים ו נפיחות קל

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021
בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021
בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021
כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
זה ללא נפיחות.
09/05/2021
09/06/2021
רגישות ב METATARSUS 4
18/08/2021
רגישות ב METATARSUS 4

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION	rt foot	9249
FRACTURE METATARSAL	4 RT	825

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/06/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021

BOOT פלסטי

CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל

09/05/2021

ההפניות שהופקו ב 09/05/2021

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

09/06/2021

18/08/2021

הפניות	פרטי החפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	MALLEOTRAIN RT	H138		הודפס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי		H138		הודפס

סיכום והמלצות: פעילות ועבודה לפי יכולת וכאבים

מדרסים לפי מידה

בכל מקרה של החמרה יד לפנות לטיפול רפואי

בברכה,

108090

ד"ר קירסטין הוסם היום

חתימה וחוקתמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***