

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

27.12.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון : עמרי סלהוב, ת.ז. 313164899
תאונה מיום 2.2.20

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



עמוד 1 מתוך 5

313164899

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
סלביק	חזרי	313164899
מין	עיסוק	תאריך לידה
☒ זכר	☐ שכיר	15071995
☐ נקבה	☐ מתנדב	שנה חודש יום
☒ עצמאי		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
ז'ן צוריק	7			ראשון לציון	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

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

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
02022020	זר רכתי מלקתי שאלתי ונהלתי

313164899

עמוד 2 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

3

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

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

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		משמר הכנסת ☐	
שב"ס ☐		מש"א ☐		משטרה ☐	
אחר ☐		מס' בית		יישוב	
רחוב/תא		מיקוד		מס' פקס	
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 _____ האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?		
לא ☐ כן, פרט _____ 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

313164999

נא למלא מספר תעודת זהות

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ונזקקת לתמיכה וטיפול
קצת הכאבים לא נעים
כאבים עצבים במשך זמן
חול' כעס, חוסר ישנה, אכילה

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 ואני מתקן כפיצוי
☐ 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

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי 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

שם גורם מייצג או מסייע

כתובת

טלפון

03-7442354

מס' הלאה, ה'ה'

ח' משה מייצג

תאריך תחילת התקשרות: 12.5.20

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שמות בעלי החשבון			
דני סלומי			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
א.א.		601	31372516

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 מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי 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/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך 27.12.20 חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

הצהרה

11

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 ביוזעין 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 27.12.20 חתימת התובע ☒

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.

313164999

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 313164999	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 0202 2020
שם משפחה סלמי	שם פרטי דני	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2 הצהרה

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 אודותי.

תאריך 27.12.20 חתימת המבוטח *

מ.ר. גורם מפנה



035514

ד"ר סרוסי בינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5511140

פקס: 03-5511180

כתובת: זדל 5, ראשון לציון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סלהוב

שם פרטי: עמרי

ת.ז.: 313164899

טל. עבודה/נייד: 0504774474

0509580226

טלפון:

מין: ז

15/07/1995

ת.לידה:



0313164899

מיקוד 7535128

עין צורים 7, ראשון לציון

כתובת:

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 07/02/2020 עד יום: 21/02/2020 סה"כ: 15 ימים.

ד"ר סרוסי בינה
מומחית ברפואת המשפחה
מ.ר. 035514
חתימה והחותמת הרופא

16/02/2020

תאריך



0304720477

029186

קוד הפניה: 169802276

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-9791648

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סלהוב	שם פרטי: עמרי	ת.ז.: 313164899
ת.לידה: 15/07/1995	מין: ז	טלפון: 0509580226
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון	מיקוד: 7535128	טל.עבודה/נייד: 0504774474



0313164899

מכון פיזיותרפיה

תלונות: 02.2.2020 - נפל מקרוקנית
 כאב ע"ש מותני קורן לרגל שמאל
 כאב במאמץ /
 לא טופל
 בבדיקה:
 עמ"ש מותני קיפויזס מעבר גבי / מותני
 הגבלת תנועת קלה בעיקר FLEXION
 ללא קיפוח מוטורי

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (13/12/2017)

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: יעוץ - פעילות ספורט לחיזוק שרירי ליבה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/04/2020 עד תאריך - 27/10/2020

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

30/04/2020

תאריך

חתימה וחותמת

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

089081

מסמך

מסמך



000136540849

פיקס: 03-9791648

שם רופא: ד"ר ברושטיין יגאל
מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית
טלפון: 03-5025252

מסמך
דיגיטלי
COSIGN

מ"ז



0313164899

שם מטופל: סלחוב עמרי
מ"ז: 313164899
גיל: 24 שנים ו-9 חודשים
טלפון: 0504774474, 0509580226

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 30/04/2020 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
ETORICOXIB, * ARCOXIA tab. etoricoxib 90 mg לבליעה 1 פעם ביום 14 ימים	1 טבליה							

TAB 14: כמות לניפוק: 30/04/2020-14/05/2020

** השתתפות עצמית: 50 %

ידוע לי שמורשה הרקחות לנפק חלופה גררית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף כיום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור. לידעיתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחות רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדרושות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

מכון CT

הנדון: סלהוב, עמרי, ת.ז: 313164899 תאריך לידה: 15/07/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 27/02/2020

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית.
נקבים נאורלים ללא הצרויות.
המפרקים הפצטלים הודגמו שמורים.
שינויים ניווניים במפרקים סקרואיליאקלים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי בינוני בגובה L5-S1.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311
מ ר מ 16344

הוקלד על ידי: טל מן
מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק CT מכיל את כל הבדיקה.

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימוות באסוּטָא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00

כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי <צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

תאריך הדפסה: 02/04/2020

מכבי שיטות בריאות

מ.ר גורם מפנה



035514

מסמך זהות
ד-גיטלית
cosign מוכרי

ד"ר סרוסי בינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5511140

פקס: 03-5511180

כתובת: דדל 5, ראשון לציון (קומה 1)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: סלהוב	שם פרטי: עמרי
ת.ל.ידה: 15/07/1995	מין: ז
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון	טלפון: 0509580226
0313164899	ת.ז.: 313164899
	טל.עבודה/נייד: 0504774474
	מיקוד 7535128

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת לעבוד מיום: 03/02/2020 עד יום: 31/03/2020 סה"כ: 58 ימים.

02/04/2020

תאריך

חתימה וחוקתמת הרופא

הסתדרות "מכבי" ישראל

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שירות רפואי מוסמך

ד"ר סרחי בינה

מומחית ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 35514

כתובת: זדל 5, ראשון לציון

טלפון: 03-5511140

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה סלחוב	שם פרטי עמרי	שם האב שמעון	מס' זהוי 313164899	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב ראשון לציון	רחוב עין צורים	מס' 7	מיקוד 7535128	שנת לידה 1995
חבר (לא)	כ			
שם המעביד וכתובתו עמרי סלחוב	טלפון 0504774474	מקצוע שיווק דיגיטלי		
ת. פגיעה 02/02/2020	שעה 11:30	התעסקות בשעת הפגיעה רכיבה על קורקינט במסגרת עבודתו		
חאיבר שנפגע גב ורגליים	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

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

ביקור חוזר מתאריך 06/02/2020
 ביקור חוזר מתאריך 03/02/2020
 אתמול בבוקר 11:30 נפל מקורקינט חשמלי. במסגרת עבודתו (עצמאי).
 נפילה צידית על צד ימין של פלג גוף תחתון בעת סיבוב, במהירות 15 קמ"ש, מרכז המשקל בנפילה היה על ברך ימין ללא חבלה משמעותית לדבריה בברך ימין למעט שיפשוף.
 גף שמאל ביצעה בנפילה אסטנציה של מפרק הירך, אז הופיע כאב חד בגב תחתון.
 מאז כאבים בגב תחתון משמאל מעירים משינה
 כאב מורגש ומוחמר בהליכה, מוחמר בעליה במדרגות, לא נטל משככי כאבים.
 בעבר כאבים בגב תחתון, ידוע על כאבי צוואר שטופלו שמרנית בנוגדי דלקת לפני כשנה.
 בריא בדרכי פרופיל 82 בצבא שירת כלוחם, בעיה בראיית צבעים.
 בשיחרור מצבא טייל בתאילנד וחלה בדנגה Dengue fever.
 מעשן עד 3-4 סיגריות ביום.
 גר עם הורים, יש בת זוג קבועה,
 לא חוסן לפפילומה.
 06/02/2020
 עדיין כאבי גב תחתון, זרמים ברגליים בזמן ישיבה, קושי להרדם, כאב מקרין ירך שמאל אחורית (האזור שעבר את הטרומה-מתיחה).
 06/02/2020
 מראה כללי טוב, עדיין צולע קלות
 גב סימטרי, כאב הופק בגב תחתון מקרין לירך שמאל בפלקציה, פבר שלילי, תחושה שמורה דיסטאלית בגף, דפקים דיסטאלים שמורים דו"צ
 10/05/2020
 ללא שיפור משמעותי במצבו, עדיין צליעה קלה.
 יתחיל פיזיותרפיה.

הממצא הקליני:

ביקור חוזר מתאריך 06/02/2020
 ביקור חוזר מתאריך 03/02/2020
 נינוח ונורמוטנסיבי
 בדיקה נוירולוגית גסה תקינה לחלוטין.
 קולות לב סדירים, כניסת אוויר טובה ושוח לבסיסי הריאות
 בטן רכה
 ברך ימין-שפשוף קל
 גף שמאל ללא סימני חבלה



Scanned with CamScanner

יציבה שמורה, צולע עקב כאבים.
כוח גס וטווחי תנועה טובים ושמורים ב-4 נפיים
באקסטנסיה של מפרק הירך כאב הופק בגב תחתון יותר משמאל VAS5/10 מורגש ומקרין גם לישבן.

אבחנה:

• LOW BACK PAIN Acute
SCOOTER ACCIDENT max 15kph
Rt turn Lt Hip Extension
• TRAUMA ACCIDENTAL
SCOOTER ACCIDENT max 15kph
Rt turn Lt Hip Extension

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 58 ימים, היינו מיום: 03/02/2020 עד יום: 31/03/2020 (בכלל)

10/05/2020

חתימה וחנותמת הרופא

תאריך הבדיקה

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

מנבי
ד"ר בינה סרוסי
מומחית לפואת משפחה
מ.ר. 35514 מ.ר. 22472



Scanned with CamScanner

דף 2

תאריך הדפסה: 29/09/2020

מכבי שירותי בריאות

ד"ר סרוסי בינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign



0318018587



035514

קוד הפניה: 188816105

טלפון: 03-5511140

פקס: 03-5511180

כתובת: זדל 5, ראשון לציון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סלהוב	שם פרטי: עמרי	ת.ז.: 313164899
ת.לידה: 15/07/1995	מיון: ז	טלפון: 0509580226
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון	מיקוד: 7535128	טל.עבודה/נייד: 0504774474
0313164899		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
מופנה להמשך טיפולי פיזיותרפיה בעקבות חבלה עם כאבי גב ורגל מתמשכים

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- BACK PAIN

בעיות ידועות:

- TOBACCO USE DISORDER (13/12/2017)

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: לטיפולכם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2020 עד תאריך - 28/03/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

29/09/2020

תאריך

חתימה וחותמת

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

מ.ר גורם מפנה



155633

טלפון: 03-5511140

פקס: 03-5511180

כתובת: זדל 5, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סלהוב	שם פרטי: עמרי	ת.ז.: 313164899
ת.לידה: 15/07/1995	מ.י.נ: ז	טלפון: 0509580226
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון	מיקוד: 7535128	טל.עבודה/נייד: 0504774474



0313164899

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/02/2020 עד יום: 07/02/2020 סה"כ: 5 ימים.

מכבי
ד"ר חן סלונר
מתמחה ברפואת משפחה
מ.ר. 155633

06/02/2020

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

קוד הפניה: 199706849

טלפון: 03-5511180
פקס: 03-5511180
כתובת: דדל 5, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סלהוב	ת.לידה: 15/07/1995	שם פרטי: עמרי	ת.ז.: 313164899
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון	מין: ז	טלפון: 0509580226	טל.עבודה/נייד: 0504774474
			מיקוד 7535128



US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

פרק ירך מבוגר - 6851 (שמאל)

שאלה למבצע הבדיקה: שלמות מבנה, עדות לדלקת או קרע רצועה, שלמות שרירים אקסטנסורים תלונות: ביקור חוזר מתאריך 03/02/2020

אתמול בבוקר 11:30 נפל מקורקינט חשמלי לא בדרך לעבודה (עצמאי), נפילה צידית על צד ימין של פלג גוף תחתון בעת סיבוב, במהירות 15 קמ"ש, מרכז המשקל בנפילה היה על ברך ימין ללא חבלה משמעותית לדבריה בברך ימין למעט שיפשוף. גף שמאל ביצעה בנפילה אסטנציה של מפרק הירך, אז הופיע כאב חד בגב תחתון. מאז כאבים בגב תחתון משמאל מעירים משינה כאב מורגש ומוחמר בהליכה, מוחמר בעליה במדרכות, לא נטל משככי כאבים. בעבר כאבים בגב תחתון, ידוע על כאבי צוואר שטופלו שמרנית בנוגדי דלקת לפני כשנה. בריא בדרכי פרופיל 82 בצבא שירת כלוחם, בעיה בראיית צבעים. בשיחור מוצא טייל בתאילנד וחלה בדנגה Dengue fever. מעשן עד 3-4 סיגריות ביום. גר עם הורים, יש בת זוג קבועה, לא חוסן לפפילומה.

06/02/2020

עדיין כאבי גב תחתון, זרמים ברגליים בזמן ישיבה, קושי להרדם, כאב מקרין ירך שמאל אחורית (האזור שעבר את הטראומה-מתיחה).

06/02/2020

מראה כללי טוב, עדיין צולע קלות. גב סימטרי, כאב הופק בגב תחתון מקרין לירך שמאל בפלקציה, פבר שלילי, תחושה שמורה דיסטאלית בגף, דפקים דיסטאליים שמורים דו"צ

בביקור בתאריך 21/12/2020 בשעה 11:53:10

השדלים פסיו לאחר נפילה ב-2.2020, יש תור לקורס שלישי ב-2.2021. לדברו כאבים עדיין באספקט פוסטריורי של שוק שמאלי והגבלה בתנועה - קושי בקימה. זרמים בגב תחתון, כאב בגב תחתון שממאל והקרנת כאב לחלק אחורי פוסטריורי של ירך שמאלית ללא הקרנת כאב לברך. בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5. בקע דיסקלי מרכזי בינוני בגובה L. לציון שני קורסים של פסיותרפיה עם היענות מצוינת ושיפור אך עדיין כאבים

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 03/02/2020

נינוח ונורמוטנסיבי
בדיקה נירולוגית גסה תקינה לחלוטין.
קולות לב סדירים, כניסת אוויר טובה ושווה לבסיסי הריאות
בטן רכה
ברך ימין - שפשוף קל
גף שמאל ללא סימני חבלה
יציבה שמורה, צולע עקב כאבים.
כוח גס וטווחי תנועה טובים ושמורים ב-4 גפיים
באקסטנסיה של מפרק הירך כאב הופק בגב תחתון יותר משמאל VAS5/10 מורגש ומקרין גם לישבן.

בביקור בתאריך 21/12/2020 בשעה 11:53:10
בבדיקתו קושי וכאב באקסטנציות ירך פאסיבית וארקטיבית משמאל בלבד.

• LOW BACK PAIN Acute Persistent
SCOOTER ACCIDENT max 15kph
Right Lt Hip Extension

אבחנה:

CS Scanned with CamScanner

פירוט רופא

מס בקור



000155217491

פקס: 03-5511180

ד"ר סלונר חן

שם רופא:

מתמחה ברפואת המשפחה

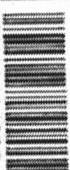
מומחיות:

03-5511140

טלפון:

מסמך חתום
דיגיטלי
חפז cosign

ת"ז



0313164899

מיון ז'

ס' מטופל: סלונר עמרי

313164899

ז': 25 שנים ו-5 חודשים

לפון: 0504774474, 0509580226

רשימת תרופות שהופקה להם מרשם דיגיטלי בבקור מתאריך: 21/12/2020 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרשימה	מידע מנהלי
מח 325 mg paracetamol hcl, 37.5 mg tramadol hcl * ZALDIAR	2 פעמים 1 טבלית 10 ימים	1 טבלית	1 טבלית	צהריים	1 טבלית		21/12/2020-04/01/2021 כמות ליניפוק: TAB 20	מידע מנהלי ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לפקד חלופה גוררת שאושרה ע"י הקופה אלא אם הופא צ"ן אחת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביאם הניסוף. חובה להציג כרטיס זמני בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור, לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית יטפן בבית המרקחות רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב במקרה של נשל תקשורת לא ניתן לפקד את התרופות. רשומה זו אינה מחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



0318018587

035514

קוד הפניה: 188816105

21/12/2020

טלפון: 03-5511140

פקס: 03-5511180

כתובת: זדל 5, ראשון לציון (קומה 1)

ד"ר סרטי ביגה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: סלהוב		שם פרטי: עמרי		ת.ז.: 313164899	
ת.לידה: 15/07/1995		מין: ז		טלפון: 0509580226		טל.עבודה/נייד: 0504774474	
כתובת: עין צורים 7, ראשון לציון		מיקוד: 7535128					

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
מופנה להמשך טיפולי פיזיותרפיה בעקבות חבלה עם כאבי גב ורגל מתמשכים

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- BACK PAIN

• TOBACCO USE DISORDER (13/12/2017)

בעיות ידועות:

מעש/ת: כן

סיבת ההפניה: לטיפולכם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2020 עד תאריך - 28/03/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

29/09/2020

תאריך

חתימה וחותמת

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

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>טלפון</u>
ס/ה	ד-ר'	313164899	האב	מיקוד
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
17.5.20	7	המ/3	האב	מיקוד

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: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 17.5.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254 חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, דניאל 313164199, מרחוב עין מרים ד' ראשון,
ת.ז. מס' 313164199, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 2.2.20
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 הכת, 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 17 לחודש 5 שנה 20
חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

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

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 27/12/2020 11:51
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	27/12 11:42
FAX NO. /NAME	9426797
DURATION	00:08:39
PAGE(S)	22
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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.

27.12.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מרחוב ישראל גלילי 7
 ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון : עמרי סלהוב, ת.ז. 313164899
 תאונה מיום 2.2.20

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד