

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.

1/12/21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
בני ברק
באמצעות האתר
א.ג.נ.,

הנדון: עטאף גאנס, ת.ז. 32742967
תאונה מיום 12.5.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימון מרשי לועדה אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



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 תשלום 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. זימונוך 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

032742967

עמוד 1 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

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 פרטי		שם משפחה	
מספר זהות		שם פרטי		שם משפחה	
032742967		פאול		זאנא	
תאריך לידה		מספר אישי בצה"ל		עיסוק	
17061978				מין	
שנה חודש יום				זכר ☒ נקבה ☐	
				שכיר ☒ עצמאי ☐	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
ת.ד. 28					
טלפון קווי		טלפון נייד		דירה	
		0507468274			
דואר אלקטרוני:		מיקוד		יישוב	
@		2499000		דיר	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם פרטי איש קשר		שם פרטי איש קשר		שם משפחה איש קשר	
מס' זהות איש קשר		מס' זהות 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		יישוב		מיקוד	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה		שנה חודש יום	
12052021		12052021	
פרטים על הפגיעה		פרטים על הפגיעה	
פציעה		פציעה	

3

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

שם, טלפון וכתובת מקום העבודה		שם, טלפון וכתובת העסק		מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות	
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות		טלפון			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
המקצוע ערב הפגיעה: 40 / סדר בוא: 17					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משא"ר	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ 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 הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט /5		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכו')?		
☐ 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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

פג

כאבי ראש וסחרחורת ירדו נשנו
בפרצות וקושי כרסאי; 6/6/10
כאבים זיגולני כת/נפוח תלואר רגל, תסבכים נפוח של
חירור, שלב רוח ירד חוסר שקט קשי זכר; בארס-עם
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שצינת 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 אחרי חירור

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 ממשרד 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

03-7412358

כתובת

שם ה/א, יחיד
תאריך תחילת התקשרות
3.1.21

שם גורם מייצג או מסייע

אור זיטאן כהן
מספר רישיון
62254

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

אמיר ארנס

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<u>אז"ר</u>	<u>רמת גן</u>	<u>977</u>	<u>4478555</u>

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 מיזפי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזפי 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 1.12.21 חתימת מקבל הגמלה * [חתימה] חתימת השותפים לחשבון * [חתימה]

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 ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס ספיי 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.

אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט ☐ לא ☐ כן

תאריך 1.12.21 חתימת התובע * [חתימה]

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

1 פרטים אישיים

תאריך הפגיעה 12052021 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 032742967	קוד גמלה 11
שם פרטי רפאל	שם משפחה גולן	
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 1.12.21 חתימת המבוטח *

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 461 מאמ
ת.ז. מס' 32942977, מרחוב י"ת 12,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 12.5.21
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 מחליף 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 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.

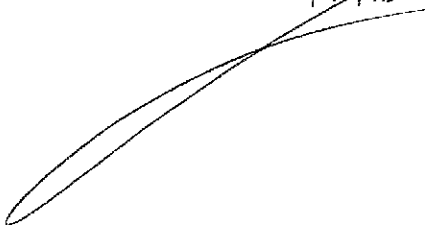
ולראיה באתי על החתום

היום 3 _____ לחודש 8 _____ שנה 21 _____

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון 62254
עורך-דין



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
_____	_____	32742967	_____
רחוב	מס'	עיר	טלפון
_____	_____	_____	_____

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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הנאים: _____
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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 3.8.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ חתימה: _____
מס' דש"מ: 62254



מנהל מח': דר. רוזנפלד

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 1506

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

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

גאנם עטאף

ת.ז.: 3274296-7 מין: זכר
סוג מבקר: אחר שם האב: מוחמד
מצב משפחתי: ג + 2 קופ"ח: כללית
כתובת: ת.ד 28, בית ג'ן, 2499000

ת.לידה: 17/06/1978 גיל: 42 ש
טל: 050-7468274 שם האם: גאלה

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: הפרות סדר גורם מפנה: כללית
מבטח: גאנם עטאף, 3274296-7
תאריך קליטה במיון: 13/05/21 שעה: 12:13
תאריך קליטה בב"ח: 13/05/21 שעה: 12:13
זמן בדיקת רופא: 13/05/21, 14:05

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 43. בריא בד"כ.
לדבריו היה מעורב באירוע של תקיפה באבנים אתמול. ספג חבלה לפנים. נבדק במיון אתמול ושוחרר. נבדק במיון עיניים - שפשופים בקרניות.

לדבריו מאז סובל מסחרחורות + היו כשתי הקאות. מציין כאבים בזרוע שמאל (ללא הגבלת טווח תנועה)

במיון - דופק 91, לחצים תקינים, ללא חום

בדיקה גופנית

מצב כללי: עירני קוהרנטי. מתנייד ללא קושי
עיניים: אישון ימין מגיב. עין שמאל חבושה
תנועות שמורות
עצבים: כח גס תחושה ושיווי משקל שמורים

דיון וסיכום הקבלה

בן 43. רקע כאמור. לאחר חבלה בתקיפה באבנים אתמול. חש השפעות מאוחרות של חבלת ראש. ללא אבדן הכרה אינו נוטל מדללי דם. בוצע CT מוח שהיה ללא ממצאים חבלתיים

משוחרר לביתו

מצב המטופל בשחרור ממיוןתכנית טיפול והמלצות להמשך

1. מעקב רופא מטפל
2. משככי כאבים לפי הצורך
3. מעקב רופא עיניים כפי שהומלץ בשחרור אתמול
4. מנוחה מכפורט
5. במידה וחלה חהמרה חדה - כאבים, הקאות בלבול או סחרחורות מתגברות וכדו' - לפנות לבדיקת רופא בהקדם ולמיון במידת הצורך

חופשת מחלה: 3 ימים

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
13/05/2021	15:40	שחרור		ח.הנדלר

שוחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: הנדלר

חתימה:

מספר רשיון: 110673

15:41 13/05/21

החלטת רופא
הנדלר
13/05/21
15:40
110673
מ.ר.מ.



סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10779793

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

גאנם עטאף

ת.ז.: 3274296-7 מין: זכר
שם האב: מוחמד טל: 04-9802734
מצב משפחתי: נ + 2 קופ"ח: כללית
כתובת: בית ג'ן 0, בית ג'ן, 2499000
ת.לידה: 17/06/1978 גיל: 42 ש
טל: 050-7468274 שם האם: גאלה
סוג מבקר: אזרח

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת עבודה גורם מפנה: שר"פ / מל"ם
תאריך קליטה במיון: 12/05/21 שעה: 02:42
תאריך קליטה בבי"ח: 12/05/21 שעה: 02:42
זמן בדיקת רופא: 12/05/21, 03:32
מבטח: גאנם עטאף, 3274296-7

אבחנות נוכחיות

873.40 - Open wound of face, unspecified site, uncomPLICATE
V71.3 - Observation following accident at work
959.01 - Head injury, unspecified

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 42 עובד כבאי.
לדברו התקבל לאחר שהותקף על ידי מפגינים בזמן עבודה ככבאי.
זרקו אבנים על הרכב נחבל מזכוכית בעיניו שמאל ובראש.
ללא חבלת ראש ישרה.
מתלונן על כאבים ביד שמאל ובכל הגוף.
ללא איבוד הכרה ללא הכאות.
ללא חבלת חזה או בטן

בדיקה גופנית

מצב כללי: מצב כללי טוב.
GCS 15

סימנים תקינים

ראש וגולגולת: סימטרי.

שפשופים עדינים בקודקוד
ללא קשיון עורף.

עיניים: עין שמלא חבושה

בית חזה ונשימה: בית חזה סימטרי

ריאות: כניסת אוויר טובה ושווה דו-צדדית, ללא סימני חבלה

בטן: רכה, לא רגישה. ללא סימני גירוי צפקי. ללא סימני חבלה

שלד, פרקים, גפיים: ללא הגבלה בתנועה ללא דיפורמציה.
אגן יציב

עצבים: ללא סימני חסר נוירולוגי גס.

ייעוצים

ייעוצים רפואיים

12/05/21 3:09

יעוץ רופא עיניים, ללא חיוב - מרפאת עיניים

שם הגורם המייעץ: סינדאוי, אחמד

בן 42, בריא בדרכ"כ, כבאי בתפקידו פנה בשל הרגשת גוף זר בעין שמאל ביום קבלתו בזמן עבודתו
היום

לדבריו הותקף ע"י אנשים בזכוכית לעין והראש
מציין הרגשת דקירות בעין.
ללא ירידה בראיה.

בבדיקתו:

ח"ר: עין ימין: 6/6 ללא תיקון; עין שמאל: 6/6 ללא תיקון.
תנועות עיניים מלאות.

עין ימין:

עפעפיים תקינים ללא הפרשה

בהיפוך עפעף ללא גוף זר

לחמית: שקטה

קרנית זכה

ל"ק עמוקה וצלולה ללא פעילות

קשתית שלמה

אישון עגול ומגיב לאור, ללא RAPD

קוטב אחורי צמוד

עין שמאל:

עפעפיים תקינים ללא הפרשה

בהיפוך עפעף פוליקולות מרובות

לחמית גרויה +

קרנית אירוזיות שטחיות בקרנית SPK's עם קליטת צבע.

ל"ק עמוקה וצלולה ללא פעילות

קשתית שלמה

אישון עגול ומגיב לאור, ללא RAPD

קוטב אחורי צמוד

לסיכום: Superficial Punctate Keratitis בעין שמאל (אירוזיות בקרנית כמתואר ודלקת
בלחמית)

במיון עבר טיפול ע"י בטיפות , NAFLOXIN ובמשחת TOBREX עם חבישת העין.

המלצות:

- הורדת חבישה מחר בבוקר.
- יש להמשיך טיפול לעין שמאל בטיפות CILOXAN ארבע פעמים ביום ומשחת טוברקס לפני שינה למשך 5 ימים.
- תחליפי דמעות ללא חומר משמר לשתי העיניים: 4 פעמים ביום למשך שבוע ימים.
- מנוחה בבית 3 ימים
- ביקורת במידת הצורך במסגרת הקהילה
- בכל החמרה יש להגיע לבדיקת רופא

דיון וסיכום הקבלה

במיון חולה יציב .
בדיקה ללא ממצא חריג.
נבדק על ידי רופא עיניים ראה יעוץ.
קיבל חיסון טיטנוס.
קעת משוחרר מבחינה כירורגית עם ההמלצות הבאות

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- מעקב רופא מטפל
- הורדת חבישה מחר בבוקר.
- יש להמשיך טיפול לעין שמאל בטיפות CILOXAN ארבע פעמים ביום ומשחת טוברקס לפני שינה למשך 5 ימים.
- תחליפי דמעות ללא חומר משמר לשתי העיניים: 4 פעמים ביום למשך שבוע ימים.
- מנוחה בבית 5 ימים
- ביקורת במידת הצורך במסגרת הקהילה
- בכל החמרה יש להגיע למיון

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
12/05/2021	03:38	שחרור		אלשאער

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: אלשאער, סולימאן
חתימה:

מספר רשיון: 130053

03:39 12/05/21

תאריך: 05/07/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		גאנם עטאף	
שם משפחה ושם פרטי	00-03274296-7	מס זהות	43.00
שם האב	מוחמד	ת. לידה	17/06/1978
בית ג'ן	ת.ד. 28	מס בית	0
ישוב	רחוב	טלפון	7468274 - 50
		טלפון נוסף	9802734 - 4

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

הממצאים הקליניים:

תקינה בהכרה; עצבים קראניאלים תקינים; פונדוס ללא פפילאדמה; אין ניד; אישונים שווים ומגיבים לאור; תנועות עיניים מלאות ללא דיפלופיה; כח שמור; טונוס תקין; החזרים שווים אין החזרים חולניים; תחושה שמורה; תפקודי מוחון תקינים; הליכה תקינה

אבחנות	קוד	איפיון
HEADACHE	7840	אבחנה

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 06/07/2021 עד יום 20/07/2021 (בכלל) סה"כ 15 ימים

תאריך מתן התעודה: 05/07/2021
ת. הבדיקה: 05/07/2021

ד"ר יוסף נג'אר

חותמת המרפאה
חותמה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

סיכום ביקור

תאריך 05/07/2021

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-03274296-7	43.00	ז	17/06/1978	מוחמד
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
בית ג'ן	ת.ד. 28	0	50	9802734 - 4	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון בוסף	

תאריך תאונה 12/05/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 05/07/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 43, הגיע עקב אירועים של כאבי ראש שהופיע לאחר תקיפה בעבודה. נחבל בראשו, לא איבד הכרה. יום וחצי לאחר החבלה עבר CT ראש ללא ממצא חבלתי.

בדיקה גופנית: תקינה בהכרה; עצבים קראניאלים תקינים; פונדוס ללא פפילאדמה; אין ניד; אישונים שווים ומגיבים לאור; תנועות עיניים מלאות ללא דיפלופיה; כח שמורי; טונוס תקין; החזרים שווים אין החזרים חולניים; תחושה שמורה; תפקודי מוחון תקינים; הליכה תקינה

קוד	איפיון	אבחנה
1		FILL OUT FORMS
7840		HEADACHE
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7804		DIZZINESS AND GIDDINESS

דיון/תוכנית טיפולית: יקבל אגיסרק ורוקאטס ויחזור לביקורת

פעולות	קוד	כמות
153 בדיקת נוירואופטלמוגית	153	1

ברכה,

ד"ר יוסף ג'אר 34377
שם הרופא
מס' רשיון
חתימה וחותמת הרופא

סימנים חיוניים: גובה 168 19/09/2017 משקל 69.5 19/09/2017 bmi 24.62

לחץ דם 107 / 72 13/05/2021

דופק 93 13/05/2021

25/03/2020 מתאריך 89.32 eGFR

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 02/06/2021
ממצאים מתאריך 17/05/2021
ממצאים מתאריך 13/05/2021
במצב כללי טוב ללא כח"צ
לב: קולות סדירים לא נשמעו אוושות
ראות: כניסת אויר שווה וטובה דו"צ, ללא תרחורים או צפופים
בדיקה בירורלוגית גסה תקינה, אישונים שווים מגיבים לאור. רומברג שלילי
מעט אי יציבות בהליכה עקב מול אצבעות כף רגל.
17/05/2021
02/06/2021
09/06/2021

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9190	scalp	ABRASION
370	superficial LE	KERATITIS
L10	It	ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS
7840		HEADACHE
7804		DIZZINESS
3883		TINNITUS
P74		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG

מטרת הבדיקה: תלונות על עצבנות יתר, חרדות, נדודי שינה

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יאסר סויד

36229

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך 26/05/2021

הפניה לקביעת תור למיעוד

פרטי המטופל

00-03274296-7
מס זהות
42.11
גיל
ז
מין
17/06/1978
ת.לידה
מוחמד
שם האב
7468274
טלפון
50
טלפון בוסף
9802734
4

גאנם עטאף

שם משפחה ושם פרטי

ת.ד. 28

בית ג'ן

רחוב

ישוב

0

מס בית

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 13/05/2021

לכבוד משרד המרפאה

אבקש לקבוע תור אלי למיעוד בעוד כ שבוע

28299

ד"ר גריס בלוט

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מ'א'ג
שם

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מ"ר גריס בלוט
עניינים
28299
בית ג'אן
04-9803135
04-9803244
מחוז: חיפה
מרפאה: בית ג'אן

26/05/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

גאנם עטאף

מוחמד 17/06/1978 ז 42.11 00-03274296-7
שם האב ת.לידה מין גיל מס זהות

שם משפחה ושם פרטי

בית ג'ן ת.ד. 28 רחוב
ישוב מס בית 0
טלפון 9802734 - 4 טלפון 7468274 - 50
טלפון נוסף

13/05/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

סובל מ קוד 79989 איפיון

מומלץ על מנוחה מתאריך 27/05/2021 עד תאריך 02/06/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 7

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

חתימה וחוקמת הרופא

ד"ר גריס בלוט
28299
מספר רשיון

ד"ר גריס בלוט
שם הרופא

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מ.רפאה: בית ג'אן
מחוז: חיפה

ד"ר גריס בלוט
עיניים
28299
בית ג'אן
04-9803135
04-9803244

19/05/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

גאנם עטאף

00-03274296-7
מס זהות
42.11 גיל
ז מין
17/06/1978 ת.לידה
מוחמד שם האב
4 - 9802734 טלפון נוסף
50 - 7468274 טלפון
0 מס בית

שם משפחה ושם פרטי

ת.ד. 28

בית ג'ן
ישוב

רחוב

13/05/2021 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ
קוד
79989
א.פ.י.ן
אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 19/05/2021 עד תאריך 26/05/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 8

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

חתימה וחוקת הרופא

28299

ד"ר גריס בלוט

מנתח מומחה לעיניים
מ.ר. 28299 מ.ר. 18868
מספר רשיון

שם הרופא

12/05/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

מוחמד	17/06/1978	ז	42.11	00-03274296-7	גאנם עטאף
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
4 - 9802734	50	7468274	0	28	בית ג'אן
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב		ישוב

12/05/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

גבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/05/2021 עד תאריך 22/05/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 11

נחתם דיגיטלית**

36229

ד"ר יאסר סויד

שם הרופא

מספר רשיון



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

12/05/2021

00-03274296-7 ד"ר יאסר סויד

אישור מחלה

גאנם עטאף

תאריך 02/06/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

גאנם עטאף

שם משפחה ושם פרטי

00-03274296-7
מס זהות
גיל 42.11
ז' מין
ת. לידה 17/06/1978
מוחמד שם האב
0 מס בית
7468274 - 50 טלפון
9802734 - 4 טלפון נוסף

בית ג'ן
ישוב
ת.ד. 28
רחוב

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד
3751

איפיון

אבחנה

DRY EYE SYNDROME

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 19/05/2021 עד יום 02/06/2021 (בכלל) סה"כ 15 ימים

02/06/2021

02/06/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר גריס בלוט

ד"ר גריס בלוט
מנתח מומחה לעיניים
מ.ר. 28299 מ.ר. 18868

חתימה וחומתמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

02/06/2021

00-03274296-7 הודפס ע"י ד"ר גריס בלוט

גאנם עטאף

09/06/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

גאנם עטאף

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	מוחמד
שם האב	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית
28 ת.ד.	0	43.00	17/06/1978	9802734 - 4	7468274 - 50
רחוב	מס בית	מס בית	מס בית	טלפון	טלפון
בית ג'אן	מס בית	מס בית	מס בית	טלפון	טלפון

12/05/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37473065679

גורם שולח



7473

מספר הפניה



037473065679

תז נבדק



32742967

מספר רשיון



036229

לכבוד: פסיכיאטר

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	70115	K1999	בדיקת רופא מומחה בפסיכיאטריה
70115			

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/05/2021:

היום בשעות הבוקר המוקדמות בסביבות שעה 00:30-1, בזמן עבודתו ככבאי

הותקף ע"י מפגנים באבנים. נחבל מזכוכית בעין שמאל ובראש, ויד שמאל

נבדק במיון בי"ח צפת ע"י רופא עיניים עם ממצא של ארזיות בקרנית ודלקת

בלחמית, טופל ע"י טיפות נפלוקסין ומשחת טוברקס וחבישה לעין.

פצעים שטחיים בקרקפת. טופל ע"י חיטוי וחבישה.

13/05/2021

מאתמול כאבי ראש, סחרחורת. הקיא פעמיים. ללא כאבי בטן או שלשול.

17/05/2021

תלונות על נדודי שינה.

-

02/06/2021

היה אצל פסיכולוג מטעם העבודה

09/06/2021

עדיין כאבים במרפק שמאל

כאבי ראש, סחרחורת.

צפצופים באוזניים.

תלונות על עצבנות יתר, חרדות, נדודי שינה

הפניה לרפואה יועצת

גאנם עטאף

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

09/06/2021

הודפס ע"י ד"ר יאסר סויד

00-03274296-7

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: בית ג'אן
ד"ר מחמוד עמאשה
אורתופד
35814
בית ג'אן
04-9803135
04-9803244
מחוז: חיפה

17/05/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

גאנם עטאף
שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת. לידה
מוחמד
17/06/1978
ז
42.11
00-03274296-7
בית ג'ן
ת.ד. 28
רחוב
מס בית
0
טלפון
9802734 - 4
טלפון נוסף
7468274 - 50
טלפון

סוג תאונה 2 תאונת עבודה
12/05/2021 תאריך תאונה

מספר הפניה: 37473065037

גורם שולח



7473

מספר הפניה



037473065037

תז נבדק



32742967

רשיון רופא



035814

שירות שנבחר

שירות
רפואי
80015

תיאור רפואי

פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

קוד
שירות
קוד
משה"ב
97001 80015

CONTUSION LT ELBOW

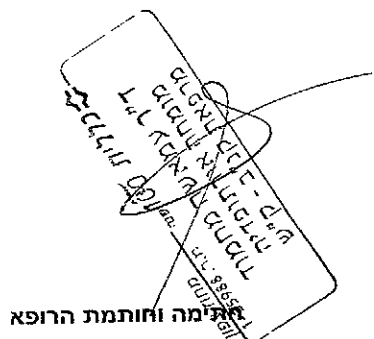
אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
הותקף בזמן עבודה
כאבים מרפק שמאל והגבלה בתנועות ותפקוד

תרופות קבועות

תרופות
כמות
א. הגשה
פעמים
ביום
1
2
קפליות
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG

ממצאים קליניים
רגישות למישוש אספקט אחורי למרפק שמאל, תנועות מכאיבות מוגבלות בסוף תנועות



מטרת הבדיקה:
לאחר חבלה מרפק שמאל
צילום ללא שבר
הפעלה לשיפור תנועות ותפקוד
טיפולכם.

35814

מספר רשיון

ד"ר מחמוד עמאשה

שם הרופא

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

7 ה.ה.0

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-03274296-7 הודפס ע"י ד"ר מחמוד עמאשה

הפניה לפיזיותרפיה

גאנם עטאף

תאריך: 25/06/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					גאנם עטאף	
מוחמד	17/06/1978	ז	43.00	00-03274296-7		
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי	
4 - 9802734	50 - 7468274		0	ת.ד. 28	בית ג'ן	
טלפון נוסף	טלפון		מס בית	רחוב	ישוב	

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
ABRASION	scalp	9190
KERATITIS	superficial LE	370
ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS	lt	L10
HEADACHE		7840
DIZZINESS		7804
TINNITUS		3883
ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE		P74

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 22/06/2021 עד יום 05/07/2021 (בכלל) סה"כ 14 ימים

25/06/2021

25/06/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה



ד"ר יאסר סויד

חתימה וחתימת הרופא של השרות המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

09/06/2021 תאריך

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		גאנם עטאף	
שם משפחה ושם פרטי	00-03274296-7	מס זהות	43.00
שם האב	17/06/1978	ת. לידה	מוחמד
בית ג'ן	ת.ד. 28	רחוב	מס בית 0
ישוב	טלפון 7468274 - 50	טלפון 9802734 - 4	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9190	scalp	ABRASION
370	superficial LE	KERATITIS
L10	It	ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS
7840		HEADACHE
7804		DIZZINESS
3883		TINNITUS
P74		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/05/2021 עד יום 21/06/2021 (בכלל) סה"כ 30 ימים

09/06/2021

09/06/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה



ד"ר יאסר סויד

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 02/06/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		גאנם עטאף	
שם משפחה ושם פרטי	00-03274296-7	ז	42.11
מס זהות	מין	ת.לידה	מוחמד
שם האב	טלפון	50 - 7468274	17/06/1978
בית ג'ן	מס בית	0	4 - 9802734
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון נוסף
ת.ד. 28	מס בית	0	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובת: המשרד לבטחון פנים, הרשות הארצית לכבאות והצלה, ראש"ל

תאור התאונה:

בתאריך 12/5/21 בשעות הבוקר המוקדמות בסביבות שעה 1-00:30, בזמן עבודתו ככבאי הותקף ע"י מפגינים באבנים. נחבל מזכוכית בעין שמאל ובראש, ויד שמאל. נבדק במיון בי"ח צפת ע"י רופא עיניים עם ממצא של ארוזיות בקרנית ודלקת בלחמית, טופל ע"י טיפות נפלוקסין ומשחת טוברקס וחבישה לעין.

פצעים שטחיים בקרקפת. טופל ע"י חיטוי וחבישה.
13/05/2021

קוד	איפיון	אבחנה
A80		אבחנה
9190	scalp	ACCIDENT/INJURY; NOS
370	superficial LE	ABRASION
L10	lt	KERATITIS
		ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/05/2021 עד יום 22/05/2021 (בכלל) סה"כ 11 ימים

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

02/06/2021

00-03274296-7 הודפס ע"י ד"ר יאסר סויד

גאנם עטאף

02/06/2021

02/06/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

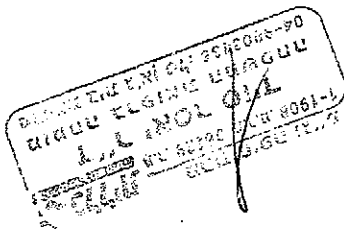
ד"ר יאסר סויד

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

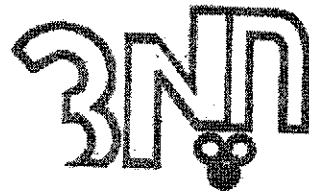
חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



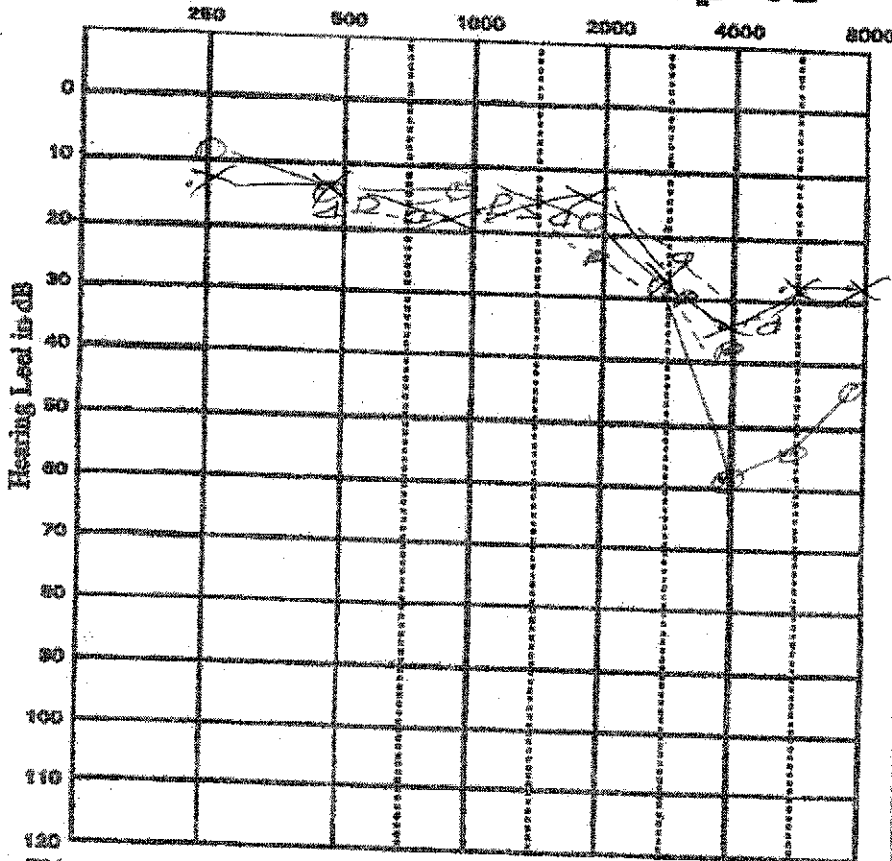
שם פרטי שמואל		שם משפחה מלך	
ת. בדיקה 5/7/71	ת. לידה/גיל 1978	ת.נ. 32742967	
		ת.ר.ס. מספר נא. נא. נא.	



רח' הגליל 51 כ"סמל
טל 04-9851461
פדפ 04-9851460.070

חגית דונסקי
קלינאית תקשורת
מ.ר. 13-98992

בדיקת שמיעה



	RT	LT
AC	○	×
AC +m	△	□
BC	▷	◁
BC +m	▶	◀
Hear Aid	HA	HA
Free Field	FF	FF
Stenger	St	St
Weber	←	→
N/R	↓	↓

Weber:

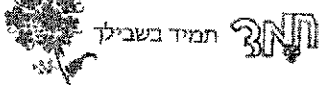
SPEECH	RT	m	LT	m
SRT	15		15	
DISC %	100		100	
DISC dB	50		50	
UCL				

TYMP	RT	LT
Type	A	A
Ear Volume		
Compliance		
Pressure		

לה מלך
12/5/71 - נא. נא.
מלך
מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך

מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך

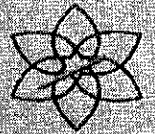
מלך מלך מלך מלך
מלך מלך מלך מלך



מלך מלך מלך מלך

מרכז הרפואי גלילי
Galilee Medical Center
רחובת חקלאית 4610001
טל: 04-9107297 | פקס: 04-9107297 | דוא"ר: galilee@galileemc.co.il

מרכז הרפואי גלילי
Galilee Medical Center
רחובת חקלאית 4610001



מסמך

מסמך זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להקפיד על שמירתו ולמסור אותו למטופל או למי שיש לו סמכות רפואית.

החלטה: ביצוע MRI מכלול

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297
מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297
מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297
מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297	מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

מסמך: 04-9107297

שם הרופא: ד"ר ראיד גטאס
תחום: א.א.ר.
מספר רשיון: 18884
כתובת: כביש ראשי - דאמון
טלפון: 04-9580950
פקס: 04-9582701
מחזור חיסוף: הרפאה ורפאים עצמאיים - ראמה

תאריך: 09/07/2021

סכום ביקור

פרטי המטופל	00-03274296-7	43.01	ז	17/06/1978	תחמוד
באנום עטאף	שם משפחה ושם פרטי	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בית גן	ת.ד. 28	0	מס בית	טלפון 7468274	טלפון 9802734
רחוב	רחוב	מס בית	מס בית	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/07/2021
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלומת/סיבת הפניה: תלומת/ סיבת הפניה מתאריך 11/06/2021
רעש באוזניים משני הצדדים יותר בשקט חש גם ירידה בשמיעה יותר מימין.
סחרחורות נחבל בראש מאבנים בתאריך 12.05.2021 בזמן עבודתו בכיבוי אש
בשפרעם פונה אז למיון בח צפת
09/07/2021
עדיין רעש באוזניים קבוע ותמידי עבר בדיקת שמיעה.

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 11/06/2021
תופיות תקינות. דיקס הולפק שלילי. מופנה לבדיקת שמיעה.
09/07/2021
תופיות תקינות בבדיקת שמיעה ליקוי שמיעה תחושתי עצבי דו צדדי בתדרים
גבוהים 30 דב ב 3000 הרץ מגיע ל 60 דב ב 4000 הרץ מימין

אבחנה בבדיקה	אבחנה	איפיון	קוד
TINNITUS		bil	3883
DIZZINESS			7804
SENSORINEURAL HEARING LOSS		bil H.T.	3891

דין/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 11/06/2021
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור - 75007-בדיקת שמיעה מקיפה
09/07/2021

בברכה,

ד"ר ראיד גטאס
מספר רשיון: 18884
חתימה וטעמות הרופא

717-2 0100

שם המעלה	שם המזכה	תאריך	סכום	מס' חשבונית	מס' חשבונית
שם המעלה	שם המזכה	תאריך	סכום	מס' חשבונית	מס' חשבונית
4 - 9802734	50 - 7460274	28.7.75	0	00-03274298-7	43.01
שם המעלה	שם המזכה	תאריך	סכום	מס' חשבונית	מס' חשבונית

09/07/2021 21:23:11 T-100

797 3075 0 707 3 302

741 1072.1 1860

החלטות/סיבת הסתירה: החלטות/סיבת הפסד מתאריך: 11/06/2021

על באזורים חשי חודדים יתר בשקט חש וס ודור בשמחה ותר ממי
סתריות מכל בחש מאבנים בתאריך 12.05.2021 בדיו עכורת ביום אש
בשמים מנה אר עתון בחצות
09/07/2021
עדי בש באזורים חש ודור ותר עכ בדיו שמחה

11/06/2021 בד"ק גופות מתאבד

תמונות תקינות דיקס הולפק שלילי מוסנה לבדיקת שמועה
09/07/2021

החפיות תקינות בבדיקת שמיעה ליקוי שמיעה מחושתי עצבי דו צדדי בתדרים גבוהים 30 דב ב 3000 הרץ מגיע ל 60 דב ב 4000 הרץ מימין.

קוד	אופיון	אבחנה
3883	bl	TINNITUS
7804		DIZZINESS
3891	bl H.T.	SENSORINEURAL HEARING LOSS

דיון/תזכיר שיפוטיות: ההפניות שהופקו ב 11/06/2021

החפיה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור - 75007-בדיקת שמיעה מקיפה
09/07/2021

7070

18884

ONX01 T'N7 7-1

שם הרופא

סד'מק ואונ'ת הרופא

מספר ראשון

197

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

117-2 0126

09/07/2021

00-03274296-7 הודפס ע"י ד"ר רא"ל גטאס

FINOV DEMA

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז' 43.01	ת 17/06/1978	מוחמד
בית ג'ן	ת.ד.	מס בית	טלפון	טלפון	שם האב	שם האב
28	0	7468274	50	8802734	4	4
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

שלום רב,

לכבוד: רופא מטפל
תאריך הביקור: 26/07/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מחלקת הביקור: רגיל

אבחנות בביקור

תגלית	אפיון	אבחנה
P032		OBSERVATION FOR SUSPECTED MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

תרופות בביקור

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	סה"כ משרם	פ	OP	ח	ק	1	מ	ע
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	TAB	טבליות	1	D 28	28	יחידה	N	2	0	3 W
LORIVAN TAB 1MG	1	TAB	טבליות	2	D 30	60	יחידה	H	0	0	3 W
ZOPICLONE TAB 7.5MG 7.5MG	1	TAB	טבליות	1	D 30	30	יחידה	N	0	0	3 W

סיכום ודיון:

בן 42, נ+2, תושב בבית ג'אן, עובד בכבאות, כעת בחופש מחלה.
לא עבר פסיכיאטרי.
הופנה ע"י רופא משפחה עקב החמרה במצבו הנפשי אחרי אירוע ב 12.5.2021 בטעבר
לינץ' בו נפצע בראשו, עיניו, אוזניו, צוואר. עדיין סובל מצפצופים באוזן ימין, כאבי
ראש, סחרחורת.
CT ראש תקין. נמצא במעקב נוירולוגי, אג, רופא עיניים.
התחיל טיפול פסיכולוגי במקום עבודתו
בבדיקה מגלה סימנים פוסט-טראומטיים, דיכאונים לא בעוצמה של דיכאון עמוק, שולל
מחשבות או כוונות מסוכנות. חשד להפרעה פוסט-טראומטית ללא סימנים פסיכטיים
מומלץ:
- המשך טיפול פסיכולוגי ממוקד טראומה
- להתחיל טיפול ב- T.Ciprallex 10mg/d. להתחיל חצי כדור ובעבור שבוע לעלות במינון
בוקר.
- להרגעה לפי הצורך T.Lorivan 0.5-1mg עד פעמיים ביום, להתחיל מחצי כדור =

שם הרופא: ד"ר מתמוד עמאסה
 תחום: אורתופדי
 מספר רישיון: 35814
 כתובת: בית גא
 טלפון: 04-9803185
 פקס: 04-9803244
 מרפאה: בית גאן
 מחזור חירפה

תאריך: 27/07/2021

סיכום ביקור

שם המטופל: **גאנס עסאף**
 שם משפחה ושם פרטי: **גאנס עסאף**
 ת.ד: **28**
 כתוב: **רחוב**
 בית גן: **ישור**
 מס. זהות: **00-03274296-7**
 גיל: **43.01**
 מין: **ז**
 ת.ל: **17/06/1978**
 שם האב: **מוחמד**
 ת.ל: **4**
 טלפון נוסף: **9802734**
 טלפון: **7468274**
 תאריך תאונה: **12/05/2021**

סוג תאונה: **2 תאונת עבודה**

שלום רב,

תאריך הביקור: **27/07/2021**
 סוג ביקור: **2 תאונת עבודה**
 מהות הביקור: **רגיל**

תלונות/סיבת הפניה:

27/07/2021
 הותקף בזמן עבודה, נחבל בראש, צוואר
 כאבים מרפק שמאל והגבלה בתנועות ותפקוד
 כאבי צוואר
 תשובת MRI 27.06.21
 - טנדינוזיס קל גיד מ'שר משותף
 - רצועות שמורות

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך **15/06/2021**
 בדיקה גופנית מתאריך **17/05/2021**
 רגישות למישוש אספקט אחורי למרפק שמאל, תנועות מכאיבות מוגבלות בסוף
 תנועות
15/06/2021
27/07/2021
 רגישות למישוש שרירי צוואר מימין, תנועות מלוות בכאבים, כח גס שמנר
 תנועות מרפק שמאל, מלוות בכאבים

INJURY NOS
 LT ELBOW
 JA

אבחנה: **איפיון A80**

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך **15/06/2021**
 התפניות שהופקו ב **17/05/2021**
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
15/06/2021
 ההפניות שהופקו ב **15/06/2021**
 הפניה לרימות - 78555-מרפק שמאל MRI מ.מ.
27/07/2021

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

00-03274296-7 הודפס ע"י ד"ר מתמוד עמאסה

סיכום ביקור

כללית

ד"ר מרינה דרובוט
פסיכיאטריה
34746
אזור תעשייה משגב
04-6025060
04-6968091

חופא
שם
מספר רשיון
מחבת
לפט
קס

תאריך: 13.10.2021

מחוז: חיפה מרפאה: מרפאת בריאות הנפש משגב

0.5 מג'
לפני שינה להתחיל T.Nocturno 7.5mg/d
המשך מעקב פסיכיאטר, מחזק ב- 13.10.2021 שעה 11.30
המטופל קבל הדרכה בנוגע לאורח חיים בריא כולל הרגלי אכילה, פעילות גופנית
סדירה, בדיקת עישון ושתיית אלכוהול.

רכה

הנה דרובוט

34746

חתימה וחומתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

כללית
מרפאת בריאות הנפש
משגב
ד"ר מרינה דרובוט
פסיכיאטריה
מחוז חיפה

קוד
H9
התחייבות סטטוס
הורפס

פרטי החטאות
80015-פיוזתו סוף אבחון

הפניות
הורפס

גליון והמלצות - מעקב רופא חטא
- פיוזתו סוף אבחון
- טיפול NSAIDS מקומי וסיסטמי במחלת ואין התוויות נגד
תוסף למרסק שמאל
עדין מוגבל בתפקוד מלא יד שמאל, כאבי צוואר, מתקשה תפקוד ונחיצה

בברכה,

מחלקת
1-33982
כרטיס 100
די"ר עמאסה מחפוד
מומחה אורתופדיה
מרפאת חגית - ק"ט
חתימה וחוממת הרופא

35814

ד"ר מחפוד עמאסה

מס' רשיון

שם הרופא

אורז תופד
36814
בית ג'אן
04-9803135
04-9803244

מחוז: חיפה

תאריך: 12/05/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

גאנם עטאף
שם משפחה ושם פרטי
00-03274296-7
מס זהות
43.01
ז
17/06/1978
מוחמד
שם נא
ת. ילדה
50
7468274
טלפון
0
מס בית
28
ת.ד.
רחוב
בית ג'ן
ישוב
4
9802734
טלפון חסר

סוג תאונה 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה 12/05/2021

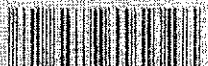
מספר הפניה: 37473066864

גרם שולח



7473

מספר הפניה



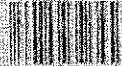
037473066864

תז ובדק



32742967

רשיון רופא



035814

שירות שנבחר

קוד קוד
שירות משה"ב

שירות
רפואי

80015

תיאור רפואי

97001 80015 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

27/07/2021

תלונות / סיבת הפניה

הותקף בזמן עבודה, נחבל בראש, צוואר

כאבים מרפק שמאל והגבלה בתנועות ותפקוד
כאבי צוואר

תשובת MRI 27.06.21

- טנדיזיס קל גיד מישר משותף
- רצועות שמורות

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב.
ZOPICLONE TAB 7.5MG 7 5MG	1	טבליות	1	כיום
LORIVAN TAB 1MG	1	טבליות	2	כיום
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	כיום
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG	1	קפליט	2	כיום

בדיקה גופנית מתאריך 15/06/2021

בדיקה גופנית מתאריך 17/05/2021

רגישות למישוש אספקט אחורי למרפק שמאל, תנועות מכאיבות מוגבלות בסוף
תנועות

15/06/2021

27/07/2021

מצאים קליניים

DRY EYE SYNDROME

אבחנה

איפיון

אבחנה
קוד
3751

דיקוחות ספולית: זקוק לבדיקה סובייקטיבית אצל אופטומיסטריסט להתאמת משקפיים לקרוב
נמשך רק הרטבה

מוזמן לביקורת: 4 חודשים

בברכה,

28299

ד"ר גריס בלוט

חתימה וחתימת הרופא

מס' רישון

שם הרופא

תחום: רופא א.א.ג.
מספר רשיון: 18884
כתובת: כביש ראשי - ראמה
טלפון: 04-9880950
פקס: 04-9582701
מרפאה: רופאים עצמאיים - ראמה
מחוז: חיפה

תאריך: 03/09/2021

סכום ביקור

פרטי המטופל	גאנר עטאף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	מוחמד	שם האב
00-03274296-7	43.02	0	7468274	50	17/06/1978	9802734	4	טלפון ווסף
בית ג'ן	ת.ד. 28	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון			

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/09/2021
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 09/07/2021
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 11/06/2021
רעש באוזניים משני הצדדים יותר בשקט חש גם ירידה בשמיעה יותר מימין.
סתירות נחבל בראש מאבנים בתאריך 12.05.2021 בזמן עבודתו בליבו אש
בשפרעם פונה אז למיון בה צפת
09/07/2021
עדיין רעש באוזניים קבוע ותמידי עבר בדיקת שמיעה
03/09/2021
רעש תמידי באוזניים מפריע להירדם בלילה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 09/07/2021
בדיקה גופנית מתאריך 11/06/2021
תופיות תקינות דיקס הולצק שלילי מופנה לבדיקת שמיעה
09/07/2021
תופיות תקינות בבדיקת שמיעה ליקוי שמיעה תחושת עיבוי דו צדדי בתדרים
גבוהים 30 דב ב 3000 הרץ מגיע ל 60 דב ב 4000 הרץ מימין
03/09/2021
תופיות תקינות טיפול הרגעי

אבחנה בביקור	איפיון	קוד
bil		3883
		7804
bil H.T.		3891

NNITUS
ZZINESS
SENSORINEURAL HEARING LOSS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2021
ההפניות שהופקו ב 11/06/2021
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור - 75007 - בדיקת שמיעה מקיפה
09/07/2021
03/09/2021

תאריך: 27/09/2021

סיכום יעוץ

פרטי המטופל	00-03274296-7	43.03	17/08/1978	מחוז
גאנם עטאף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	תאריך
בית ג'ן	ת.ד. 28	0	50	9802734
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון ניסן

תאריך תאונה: 12/05/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר סיד יאסר

תלונות: 05/07/2021

בן 43, הגיע עקב אירועים של כאבי ראש שהופיע לאחר תקיפה בעבודה. נחבל בראשו, לא איבד הכרה. יום וחצי לאחר החבלה עבר CT ראש ללא ממצא חבלתי.
27/09/2021: לאחר תקיפה חודש מאי במהלך עבודה ככבאי, חבלת ראש (על ידי אבנים) היה בבית חולים צפת, עבר בדיקת CT מח שהייתה תקינה, למחרת נבדק שוב עקב הקאות כאבי ראש יומי, נמשך בין 20-30 דקות, ויש גם אירועים של סחרחורות בשינוי תנוחה משיבה לעמידה נמצא במעקב פסיכיאטר.

מצאים: 05/07/2021

תקינה בהכרה; עצבים קראניאלים תקינים; פונדוס ללא פפילאדמה; אין ניד; אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים מלאות ללא דיפלופיה; כח שמור; טונוס תקין; החזרים חולניים, תחושה שמורה; תפקודי מוחון תקינים, הליכה תקינה
27/09/2021: בהכרה מלאה דיבור והבנה תקינים; עצבים קראניאלים תקינים כולל פונדוס, תנועות עיניים מלאות, אישונים שווים ומגיבים, ללא סימני ליקוי מוטורי, מבחני מוחון תקינים; הליכה תקינה

אבחנה	אבחנה	אבחנה
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	אבחנה	אבחנה
FILL OUT FORMS	אבחנה	אבחנה
HEADACHE	אבחנה	אבחנה
ACCIDENT/INJURY, NOS	אבחנה	אבחנה
DIZZINESS AND GIDDINESS	אבחנה	אבחנה

תרופות בביקור	תרופה	מנה	תדירות	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה
LATROLET 10 MG(30) TAB 10MG	1	TAB	1	1	1	1	1	1	1
תרופות	תרופה	מנה	תדירות	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה	חתימה
ELATROLET 10 MG(30) TAB 10MG	1	TAB	1	1	1	1	1	1	1

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
153 בדיקת נירואופטלמוגית	153	1	27/09/2021
153 בדיקת נירואופטלמוגית	153	1	05/07/2021

סיכום והמלצות: לאור תלונות שלו על כאבי ראש יומי ולמרות לתקופה קצרה אך ללא הטבה לטיפולים סימפטומטיים ממליץ התחלת טיפול על ידי אלטרולט 10 מ"ג ללילה יש לשים לב לתופעות כגון סחרחורת עייפות בימים הראשונים לטיפול כולל יובש בפה וביקור בעוד 2-3 חודשים

הערות: במידה וירגיש שימוניות אז להימנע מנהיגה באותו יום

בברכה,

וליד סמרי

שם הרופא

18627

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

וליד סמרי
החתימה ביוני
מספר 18627
חתימה וחותמת הרופא

תחום מספר רשיון כתובת טלפון פקס מרפאה: בית ג'אן מחוז: חיפה

ע"מ 28299 בית ג'אן 04-9803135 04-9803244

מספר פיקוד

תאריך 01/09/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

גאנץ עטאף

שם משפחה ושם פרטי

00-03274296-7 43.02 ז 17/06/1978 מוחמד שם האב 4 - 9802734 50 7468274 0 מס זכות מס בית

בית ג'ן ישוב

ת.ד. 28

רחוב

שלום רב,

01/09/2021 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

תאריך הביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הביקור: ביקור חוזר מתאריך 02/06/2021 לדבריו בתאריך 12.5.2021 הותקף ע"י מפגעים ונחבל בעינו עם כניסת שברי זמנית לשתי העיניים מתלונן על טשטוש ראייה לקרוב

בדיקה מפורטת

ימין

שמאל

חדות ראייה

בדיקה כללית NEAR SC חדות 1 נ/ נבדק ע"י ד"ר גריס בלוס

ללא גוף זר בפורניקס העליון

עפעפיים

ללא גוף זר בפורניקס העליון

גרווייה

לחמית

גרווייה

ללא צביעה בקרנית

קרנית

ללא צביעה בקרנית

זכה

לשכה קדמית

זכה

שקופה

עדשה

שקופה

ממצאים ותוכנית אבחנות

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מדינת מגורים
מחוז/מחפה

מספר פנימי 12345

תאריך 01/09/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

גאנץ עטאף

שם משפחה ושם פרטי

מספר זהות 00-03274296-7
גיל 43.02
מין ז
תאריך לידה 17/06/1978
שם האב מוחמד
טלפון נוסף 9802734
טלפון 7468274
מס בית 0

ת.ד. 28
רחוב
בית ג'ן
ישוב

שלום רב,

תאריך הביקור: 01/09/2021 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבות הביקור: ביקור חוזר מתאריך 02/06/2021
לדבריו בתאריך 12.5.2021 הותקף ע"י מפגנים ונחבל בעינו עם כניסת שברי
זכוכית לשתי העיניים
מתלונן על פשטוש ראייה לקרוב

בדיקה מפורטת

ימין

שמאל

חדות ראייה

בדיקה מלית NEAR SC
חדות 1/1
נבדק ע"י ד"ר גריס בלוט
בדיקה מלית NEAR SC
חדות 1/1
נבדק ע"י ד"ר גריס בלוט

ללא גוף זר בפורניקס העליון עפעפיים ללא גוף זר בפורניקס העליון

גרנייה לחמית גרנייה

ללא צביעה בקרנית קרנית ללא צביעה בקרנית

זכה לשכנה קדמית זכה

שקופה עדשה שקופה

ממצאים ותוכנית אבחנות

שם הרופא: ד"ר ראיד גטאס
תחום: רופא א.א.ג.
מספר רשיון: 18884
כתובת: כביש ראשי - ראמה
טלפון: 04-9880950
פקס: 04-9582701
מרפאה: רופאים עצמאיים - ראמה
מחוז: חיפה

תאריך: 03/09/2021

סכום ביקור

פרטי המטופל	גאנם עטארף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	17/06/1978	מוחמד
שם משפחה ושם פרטי	בית ג'ן	ת.ד. 28	0	מס בית	טלפון	50 - 7468274	שם האב
רחוב	ישוב				טלפון נוסף	4	9802734 - 4

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/09/2021
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/06/2021
רעש באוזניים משני הצדדים יותר בשקט חש גם יהודה בשמיעה יותר מימין.
סחרחורות נחבל בראש מאבנים בתאריך 12.05.2021 בזמן עבודתו בכיכר אש
בשפרעם פונה אז למיון בח צפת
09/07/2021
עדיין רעש באוזניים קבוע ותמידי עבר בדיקת שמיעה
03/09/2021
רעש תמידי באוזניים מפריע להירדם בלילה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 09/07/2021
בדיקה גופנית מתאריך 11/06/2021
תופיות תקינות דיקס הולפק שלילי מופנה לבדיקת שמיעה
09/07/2021
תופיות תקינות בבדיקת שמיעה ליקוי שמיעה תחושת עוצבי דו צדדי בתדרים
גבוהים 30 דב ב 3000 הרץ מגיע ל 60 דב ב 4000 הרץ מימין
03/09/2021
תופיות תקינות טיפול הרגעה

אבחנה בביקור

קוד	אבחנה	אבחנה
3883	bil	TINNITUS
7804		NOZZINESS
3891	bil H.T.	SENSORINEURAL HEARING LOSS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2021
ההפניות שהופקו ב 11/06/2021
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור - 75007 - בדיקת שמיעה מקיפה
09/07/2021
03/09/2021

DRY EYE SYNDROME

אבחנה

איפיון

קוד
3751

דיקוחנית טיפולית: זקוק לבדיקה סובייקטיבית אצל אופטומטריסט להתאמת משקפיים לקרוב
נמשך רק הרטבה

מחנן לביקורת: 4 חודשים

בברכה,

28299

ד"ר גריס בלוט

חתימה וחתימת הרופא

מס' רישיון

שם הרופא

EDM NOTE 9 PRO

LIQUAD CAMERA

דף 2 מ 2

01/09/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ד"ר מחמוד עמאשה
אוריתול
35814
בית ג'אן
04-9803135
04-9803244
מחזור חיסה

ג'אן בית ג'אן

תאריך 27/07/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה חיינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

גאנם עטאף

00-03274296-7
מס זרות 43.01 ז
17/05/1978 תולדה
שם האב שם המשפחה ושם פרטי
מס בית 0
7468274 50
9802734 - 4
טלפון טלפון

שם משפחה ושם פרטי

ת.ד. 28

בית ג'אן

רחוב

ישוב

תאריך תאונה 12/05/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37473066864

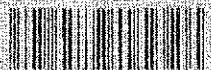
מספר הפניה:

גרם שולח

מספר הפניה

תז נברק

רשיון רפא



7473

037473066864

32742967

035814

שירות שנבחר

קוד קוד
שירות משה"ב

שירות
רפואי

80015

תיאור רפואי

97001 80015 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

27/07/2021

חלונות / סיבת הפניה

הותקף בזמן עבודה, נחבל בראש, צוואר

כאבים מרפק שמאל והגבלה בתנועות ותפקוד

כאבי צוואר

תשובת MRI 27.06.21

- טנדינזיס קל גיד מישר משותף

- רצועות שמורות

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א הגשה	פעמים	ב
ZOPICLONE TAB 7.5MG 7.5MG	1	טבליות	1	ביום
LORIVAN TAB 1MG	1	טבליות	2	ביום
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG	1	קפליות	2	ביום

בדיקה גופנית מתאריך 15/06/2021

בדיקה גופנית מתאריך 17/05/2021

רגישות למישוש אספקט אחורי למרפק שמאל, תנועות מכאיבות מוגבלות בסוף תנועות

15/06/2021

27/07/2021

מצאים קליניים

ס.ה.ר 7

REDMI NOTE 9 PRO

AI QUAD CAMERA

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מחמוד עמאשה 00-03274296-7

זפניה לפיזיותרפיה

אנם עטאף

מספר רשיון 36229
כתובת בית ג'אן
טלפון 04-9803135
פקס 04-9803244
מספרי רישוי מרחוק: בית ג'אן מחוז: חיפה

תאריך 30/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		גאנם עטאף	
שם משפחה ושם פרטי	00-03274296-7	ז' 43.05	17/06/1978
מס זהות	מס זהות	גיל	ת.ל.ד.
28	0	50	7468274
בית ג'ן	מס בית	טלפון	טלפון
רחוב	4	9802734	9802734
ישוב	טלפון נוסף	טלפון	טלפון

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 37473069981

גרם יסולח



מספר הפניה



תז נבדק



מספר רשיון



לכבוד: ראומטולוג

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	70084	70084	רפואי
70084	L9277	L9277	בדיקה רפואית - ראומטולוגיה

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/10/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/09/2021
היום בשעות הבוקר המוקדמות בסביבות שעה 00:30-1. בזמן עבודתו ככבאי הותקף ע"י מפגינים באבנים. נחבל מזכוכית בעין שמאל ובראש, יד שמאל נבדק במיון בי"ח צפת ע"י רפא עיניים עם ממצא של ארזיות בקרנית ודלקת בלחמית, טופל ע"י טיפות נפלוקסין ומשחת טוברקס וחבישה לעין. פצעים שטחיים בקרקפת. טופל ע"י חיטוי וחבישה.
13/05/2021
מאתמול כאבי ראש, סחרחורת. הקיא פעמיים. ללא כאבי בטן או שלשול.
17/05/2021
תלונות על נדודי שינה.
02/06/2021
היה אצל פסיכולוג
תלונות על כאבי ראש, הקאות לפעמים
הביא בל 250
09/06/2021
עדיין כאבים במרפק שמאל
כאבי ראש, סחרחורת
צפופים באוזניים

דף 1 מ 3

30/11/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר יאסר סויד 00-03274296-7

הפניה לרפואה יועצת

גאנם עטאף

תלונות על עצבנות יתר, חרדות, בדידי שינה

25/06/2021

עדיין בבירור נירולוגי /אג/ אורתופד

11/08/2021

הופנה לרופא תעסוקתי ע"י האורתופד

מעקב פסיכיאטרי עקב סימנים פוסטטראומטיים, דכאוניים,

הומלץ התחלת טיפול ב CIPRALEX

LORIVAN

NOCTURNO לפני שינה

מתלונן על ירידה בחשק מיני

05/09/2021

נקבע תור לרופא תעסוקתי ב 11/10

29/10/2021

רופא תעסוקתי- אינו מתאים לעבודתו בשלב זה כנבאי מבצע

הופנה לבטל"א לוע"ר למימוש זכויותיו

כאבים בצוואר וגב תחתון

מטופל ברפואה משלימה

קורת פסיכיאטריה 13/10-

סבל מחרדה בעוצמה קיצונית מלווה בדפיקות לב, יובש בפה, תחושה שהולך

למות. כעבור כ- 7 דקות הרגיש הקלה

מקבל טיפול פסיכותרפיה ממוקד טראומה

מתאר בעיות בזוגיות

שולל מחשבות או כוונות מסוכנות

נעשתה התערבות פסיכולוגית

מומלץ:

- המשך טיפול פסיכולוגי ממוקד טראומה,

- לעלות מינון של T.Elatrol ל- 25mg/י לפני שינה,

- להמשיך T.Ciprallex 10mg/d בוקר,

- להפסיק Nocturno

- לפני שינה להתחיל T.Ronexin 25mg/d במידה וטיפול ב- Elatrol לא יעזור

- המשך מעקב פסיכיאטרי, מוזמן ב- 5.1.2022 שעה 13.30

30/11/2021

תלונות על כאבים בכל הגוף

קבע תור לראומטולוג בשאלה של פברומיאלגיה

סימנים חיצוניים: גובה 168 19/09/2017 משקל 69.5 19/09/2017 bmi 24.62

לחץ דם 107 / 72 13/05/2021

דופק 93 13/05/2021

22/06/2021 מתאריך 95.2 eGFR

אבחנה משוערת		אבחנה	
קוד	איפיון		
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS	
9190	scalp	ABRASION	
370	superficial LE	KERATITIS	
L10	It	ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS	
7840		HEADACHE	
7804		DIZZINESS	
3883		TINNITUS	
P74		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE	