

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

13/1/22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב
באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.נ.,

הנדון: אופק רביבו, ת.ז. 214423709
תאונה מיום 15/11/21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ואישור משטרה.
 2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אלכז ר'ר' 17, מס' 214423709, מרחוב ג'מחז ר'אלז 33 ח'ה,
ת.ז. מס' 214423709, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 15/11/21
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 מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל 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 השותפויות, 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, 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.

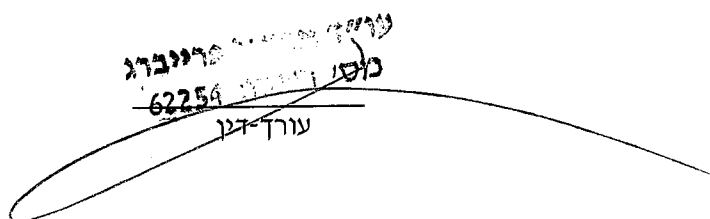
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 23 לחודש 12 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד מר יוניברג
מס' 62254
עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>214423709</u>	<u>70/1</u>	<u>17/1</u>	<u>70/1</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
<u> </u>	<u> </u>	<u>ת</u>	<u>33</u>
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

במקרה של קטין: שם האם _____ שם האב _____ תאריך: _____
מס' תעודת זהות: _____ מס' תעודת זהות: _____
עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ חתימה: _____



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממנה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- ☞ לנזירות, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ 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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8 15/11/2021

214423709 נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ שכיח ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר)

2 1 4 4 2 3 7 0 9

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

0 5 4 2 0 4 9 1 7 1

טלפון קווי

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
שם פרטי איש קשר שם משפחה איש קשר

מס' זהות איש קשר

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

☐ 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 מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד
הזיגוני האומני 33 תל אביב

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

תפקיד התובע במקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל
ת.ר. מעדדי גרמיה בעמ

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד
הערבה 1 גבעת שמואל 0

טלפון קווי טלפון נייד מספר פקס
0 3 - 6 7 8 3 5 5 7 0 3 - 5 4 5 1 9 7 1

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____
האם יש קרבה משפחתית ביןך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

סוג העיסוק

שם העסק

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

טלפון קווי טלפון נייד טלפון פקס

2' א פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

15/11/2021
שנה חודש יום

שעת הפגיעה

היום בשבוע

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביטחון או ליעד אחר

☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ בדרך לביטחון צמח רבין 4 פגח תקלי
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מס' 1, נא פרט כדי כ- 50 מ'

ובגובה חתך כדיתתה ייתן מלואו כתיאור

האם נכחו עדים בתאונה?: ☒ לא ☐ כן, פרט: יכר מלואו - חלף מלואו מלואו

שם כתובת מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

שם כתובת מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

15/11/2021
שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

052-5414252

מנכ"ל

פני

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם החפא/שיחת רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

לכאן

לכאן

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שעה

15/11/2021

שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?

כן, פרט ☐ לא ☒

פרטי הרפאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה
שבה סופלתי או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המסייע: ☐ ע"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: אגודת פריחה

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מהחודעה לחברת הביטוח. ☒

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף

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

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שגר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

עד תאריך			מתאריך			עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			16	11	2021						
עד שעה			משעה			עד שעה			משעה		

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה☐ שהייתי
בעסק /
בעבודתי☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 15/12/2021 שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

רביבו אופק

שם הבנק 11 שם הסניף / כתובת מס' סניף מספר חשבון
224603 151

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

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

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

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

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

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר סלו 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.

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.

תאריך 15/12/2021 חתימת התובע * אילנה

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות קרבה לתובע

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני:

@

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה _____

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

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

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

תפקידו

שם העובד שנתן לתובע את
ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

שעת החזרה הצפויה

שעת היציאה

- ☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____
- ☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____
- באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
- ☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ביכיים במסד לביטוח לאומי

9 3 9 6 3 6 8 7 4 0 0

ח.ר. מעדני גורמה בע"מ

היקף המשרה ב-100.00 % מספר ימי העבודה בשבוע: 5

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
07/06/21

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

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

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

החודש, כלל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	סכום	לתיקופה	שם התשלום
חודש 10/21	15.0	☒ יומי ☐ חודשי	4001			
חודש 09/21	15.0	☒ יומי ☐ חודשי	4750			
חודש 08/21	22.0	☒ יומי ☐ חודשי	7892			
חודש 07/21	14.0	☒ יומי ☐ חודשי	6283			

☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

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

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

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

ח.ר. מעדני גורמה בע"מ

רונת דולברג

שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא

ח.ת. 514291129

חשבת שכר

שם איש קשר לביורור פרטי שכר _____

חתימה וחותמת

שם ותפקיד החותם

תאריך 15/12/2021

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 9

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתם.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

ח.ג. מעדני גורמה בע"מ
ח.ת. 15091179
חתימה וחותמת

רונית דולברג
חשבת שכר
שם החותם

תאריך 15/12/2021 תפקיד החותם

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך וישלמו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

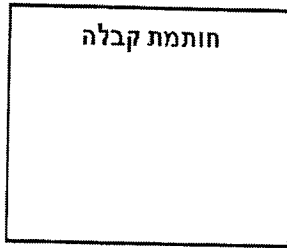
קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

X חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

15/11/2021
שנה חודש יום

214423709

60

שם פרטי
אופק

שם משפחה
רביב

חבר בקופת חולים

☒ אחר ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ כללית

הצהרה

2

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

תאריך 15/12/2021 חתימת המבוטח * אופק



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון: 03-6802222
פקס: 03-6803607
מייל: bohanim.telaviv@police.gov.il
מס' מסמך בתיק: ב
נושא המסמך:

יחידת בוחנים מחוז תא
מספר תיק פלא: 809684/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 16/11/2021, י"ב כסלו תשפ"ב, 11:29
כתובת: אמצ" 2, תל אביב

לכל המעוניין

1. תאריך
התאונה:

15/11/2021

בשעה

20:00

2. מקום התאונה:

פתח תקווה דרך יצחק רבין בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	68880702	סוג רכב	אופנוע	תוצר רכב	ימאה יפן
חברת ביטוח	הפול הישראלי	מספר פוליסה	20371210098312100	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	214423709	רביבו אופק	08/08/2003	ת"א - יפן, בושם 42	הדסה עירון - איכילוב	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	46255602	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	ינדאי קוראיה
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	38781886	גרינברג שלי שלית	23/10/1983	פתח תקווה, אסיר ציון 25		

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 1

16/11/2021

מתאריך:

בחקירה

מצב התיק:

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1117902

שם משפחה

אלבז

שם פרטי

תהל

פרטי השוטף המוסר

מ"א

1117902

שם משפחה

אלבז

שם פרטי

תהל

דרגה

רסמ

16.11.2021
 תאריך הרישום ביומן:
 מספר הרישום ביומן:
 שם היחידה:



תאריך
 מספר

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ נפגע ☒ רוכב: אופנוע / קטנוע / אופניים

1. פרטי המודיע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מסלול יד
214923709	רבוב	אלק	דני	9/9/2003	
מקד	מיקוד	טלפון	מקום עבודה	מס' טלפון	מס' פלאסון
42	דיר 24	059-209917			
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון נהיגה	בתוקף עד	תאריך הוצאת הרישיון	עד התאריך	עד התאריך
1900071	A1B	15/09/2022	15/09/2020	2,9,21	31/8/2022
מס' הרכב	סוג	תוצר / דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
68-780702	1	מרכ		2,9,21	31/8/2022
חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאריך תשלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך	עד התאריך
א.ב.	207-712100961021-00	2,9,21	2,9,21	31/8/2022	31/8/2022
למלאר לק למשרהינו בשירות צבאי/משטרה בלבד:					
מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה	תאריך שחרור (לחילים בלבד)		

2. תיאור התאונה

בתאריך 15/11/21 בשעה 20:00 במקום בית תקווה, ירקון רמ"ן 4 כ"ה
 תיאור המקרה: 3 אדם לא אולפנה כראשון באזור, ואישה נפגעה בו
מאחורה, רחוב צפון ירקון רמ"ן 4 כ"ה

3. נפגעי גוף (נפגעים)

שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	פינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
אלק רבוב	214923709	דני, רבוב, אלד	אלד	א.כ.ל

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' ד"	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
	462556		אלד רבוב			הרמל	
2							

תאריך: 24/12/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					רביבו אופק
00-21442370-9	18.04	ז	08/08/2003	משה	
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
33	33	מס בית	54 - 2049171	3 - 6311062	הגבור האלמוני
			טלפון	טלפון נוסף	רחוב
					תל אביב - ישוב

שעת התאונה: 21:10

תאריך תאונה: 15/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	איפיון	קוד
אבחנה		8150
FRACTURE METACARPALS CLOSED		

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 16/12/2021 עד יום 13/02/2022 (בכלל) סה"כ 60 ימים

24/12/2021

24/12/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מוחמד זועבי

חותמת 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

תעודת רפואית

מס' ביקור: 13336357
תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17

סיום: 15/11/2021 23:20

שם המטופל: אופק רביבו

מס' זהות: 214423709

גיל: 18.3

מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 כללית

054-2049171

מרפאה: 1

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

אחר

G6PD

תלונות התולה:

בן 18 שנים ו 3 חודשים

ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרוכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד ברמזור אדום רכב מאחורה נכנס בו, העיפה אותו יצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש נחבל בגב, ברכיים, יד ימין כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין צילום כף יד ימין שבר MC3 הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

דיקה גופנית:

כיקודי יתר ס"ח תקינים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב בבדיקה אין סימני שבר תח גלגולתי, אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות בדיקת אצבע 3 כף יד ימין נפיחות באצבע ללא הימטומה גישות מפרק PIP MC

הגבלה בטווח תנועה NV שמור אין דיפורמציה

ינקות עור:

ג בדיקה

ליום רנטגן

נה משוערת:

רביבו אופק
משה
18
21442370-9
מז
15 11 21
מז
12514176
מקרה

יורם רפוא ת"א

זמן כיצוע

תוצאות

23:11

תוצאות בדיקת מצורף

FX MC3 ,
TRAFIC

UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

ה/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לסגור לבדיקת רופא

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשדוד, בנימין 90, ת"א 6789130
טלפון 03-6272324 | פקס 03-5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 15/11/2021 23:20

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

G6PD

אחר

תלונות החולה:

בן 18 שנים ו 3 חודשים
ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד ברמזור אדום רכב מאחורה נכנס בו, העיפה אותו על ריצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש
נחבל בגב, ברכיים, יד ימין
כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין
צילום כף יד ימין שבר MC3
הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

בדיקה גופנית:

טכיקרדי יתר ס"ח תקינים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב
בבדיקה אין סימני שבר תת גלגולתי,
אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות
בדיקת אצבע 3 כף יד ימין נפוחות באצבע ללא הימטומה
רגישות מפרק PIP
MC3
הגבלה בטווח תנועה
NV שמור
אין דיפורמציה

בדיקות עזר:

סוג בדיקה
צילום רנטגן

אבחנה משוערת:

UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

התימה וחתימת הרופא:

FX MC3 ,
TRAFIC

זמן ביצוע
23:11

תוצאות
תוצאות בדיקת מצורף

רביבו אופק
משה
18
21442370-9
מלוד
15 11.21
מלוד
12514176
מקרה
12514176
נורכז רפואי ת"א

תעודת רפואית

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנזר: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

ACCIDENT

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

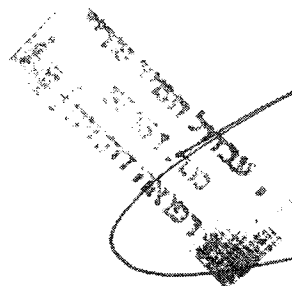
רפואה שלמה

המשך מעקב אורטופד בהקדם

פנייה מידית למיון

תוקף ההפניה 24 שעות

אמצעי סינוי: עצמאי



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

שירות רפואי באקוט זמני כחלק מן
סודי רפואי

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofa.co.il
מרכז אשדוד כניסה 1, ג'אל אלן 50 ת"א 5130905
טלפון 03-627224 | פקס 03-5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנזר: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

ACCIDENT

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

רפואה שלמה

המשך מעקב אורטופד בהקדם

פנייה מידית למיון

תוקף ההפניה 24 שעות

אמצעי פינוי: עצמאי

עבודת רפואית
מס' 93451
תאריך: 15/11/21
חתימה: ד"ר שריף עבדול חמיד

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: ד"ר שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

חתימה וחזמת הרופא:

שירותי רפואה ופיקוח
סודי רפואי

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurafa.co.il
מרכז אשדוד: בנימין זאב 40, תל אביב 6789130
טלפון: 6272324 גז 1 פקס: 5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מניין: 214423709
כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

G6PD

אחר

תלונות החולה:

בן 18 שנים ו 3 חודשים ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרוכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד ברמזור אדם רכב מאחזקה נכנס בו, העיפה אותו על ריצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש נחבל בגב, ברכיים, יד ימין כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין צילום כף יד ימין שבר MC3 הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

בדיקה גופנית:

טכיקרדי יתר ס"ח תקינים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב בבדיקה אין סימני שבר תת גלגולתי, אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות בדיקת אצבע 3 כף יד ימין נפוחות באצבע ללא הימטומה רגישות מפרק PIP MC3 הגבלה בטווח תנועה NV שמור אין דיפורמציה

בדיקות עזר:

סוג בדיקה:

צילום רנטגן

אבחנה משוערת:

UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

חתימה וחותמת הרופא:

FX MC3 ,
TRAFIC

רביבו אופק
משה
18
21442370-9
מז
15 11 21
מלוד
מלוד
12514176
מקרה
מרכז רפואי ת"א

זמן ביצוע

23:11

תוצאות

תוצאות בדיקת מצורף

שירותי רפואה באקום ופלאן פנומיק אק
סודי רפואי

תעודת רפואית

ביקור רופא

www.bikurofe.co.il
מרכז אשדוד, בניסה ר', יצאל אלון 90, ת"א 6789130
03-5613011 | פקס 03-6272324

מס' ביקור : 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנזר: 214423709

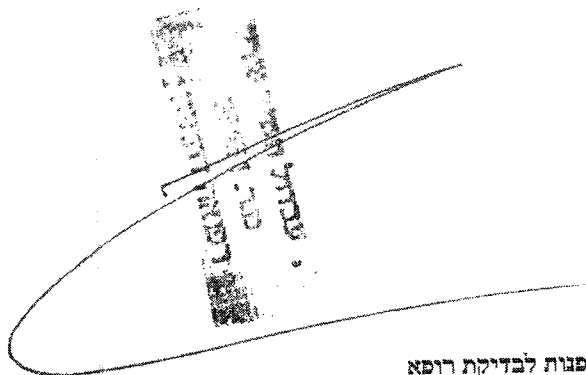
כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה : תל אביב כללית

צילום רנטגן

שבר ב MC3

T_2000

T_3000



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: דר' שריף עבדול המיד רשיון הרופא: 93451

תאריך ושעת ההדפסה: 01:11 16/11/2021

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה טובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' שריסט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב פ.נ. 6731965

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 15/11/2021 23:37 מספר מקרה: 12514176

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 18, בריא בד"כ. G6PD
RHD

ביום פנייתו מתארת תדרכים כרוכב אופנוע מול מכונית.
פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדין תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקתו- רגישות על פני מסרק 3.
רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור.
רושם קליני לשיפור ברוטציה.
הושם בסד גבס אינטרינזיק פלוס
צילום ביקורת- שיפור בעמדת השבר

אבחנות במיון

- CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED (815.00)

רגישות לתרופות

שם התרופה: G6PD
תאריך רישום: 16/11/2021

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	0	97

שונות

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים סדציה

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	-------	----------------------------

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	97

הוראות במערך

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים מרדים רוחבי

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104

סיכום

משוחרר לביתו בהמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: שיכון כאב לפי הצורך - אקמול, אופטלגין
אין להרטיב את הגבס. אין לחטט.
המקרה יוצג ליחידת כף היד בשאלה של טיפול ניתוחי. במידה ולא ניתנה תשובה טלפונית - נא ליצור קשר בעוד מספר ימים עם מזכירת היחידה סימי, טלפון 036973528.
ביקורת מרפאת כף יד במוסדנו בעוד שבוע (טלפון לקביעת תור 03-6974000).
חופשת מחלה: 2 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררות

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
16/11/2021 01:11	אחות משחררות	דור התונה מ.ר. 162860

רופאה משחררות

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
16/11/2021 01:05	רופאה משחרר	ד"ר לין רן מ.ר. 140435

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מטופלת יקרה/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות. להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118
מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 8840*
יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680
קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888
כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

תאריך ושעת ההדפסה: 21:34 17/11/2021

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית א	מנהלת מחלקה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית: גב' הילה איטינג
טלפון: 03-6973484	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12515183

תאריך קבלה למחלקה: 17/11/2021 מספר ימי אשפוז במחלקה: 1

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 17/11/2021 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 1

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 17/11/2021 שעה: 18:31

אבחנות בשחרור

- CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED (815.00)

בריא בדרך כלל
ניתוחים באשפוז

CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED
815.00 17/11/2021

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום
G6PD	16/11/2021
IOD (Iodine)	17/11/2021

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

חבלת יד ימין

מחלה נוכחית

בן 18, בריא בד"כ. G6PD
RHD

ביום פגישתו מתאר ת.דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית, כשהיה בדרכו מהעבודה.
פגה לבדיקה בקהילה וקופנה למוסדיו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקות- רגישות על פני מסרק 3.
רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור.
רושם קליני לשיפור ברוטציה.
רושם בסד גבס אינטרינזיק פלוס
צילום ביקורת- שיפור בעמדת השבר

דיון יחידת כף יד 17.11.21
בבדיקה: מתקשה בכיפוף אצבעות, ניתן להתרשם מהטייה אולנארית של אצבע 3, שמור NV
בצילום נראה עמדה מתקבלת

מתקבל לצורך שחזור וקיבוע שבר מסרק 3 כף יד ימין.
הומלץ על אופציה ניתוחית, הוסבר על סיבוכים וסוג הקיבוע שיקום שילול הפעלה במסגרת קופח ריפוי בעיסוק שישיפע על התפקוד
הסופי, מבין ומעוניין.

תולדות עבר

-אמ"ל

רקע סוציאלי

-אנשי קשר בקבלה הסיעודית

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: ק
מצב כללי תקין
בית חזה וריאות תקין
לב כלי דם תקין
גפיים לא תקין כמתואר

סיכום אשפוז

נתקבל בשל שבר מסרק 3 כף יד ימין
בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND מהלך תקין, סד גבס בסיום

לאחר הניתוח יציב גשמתית והמודינמית, פרמריס תקינים
לאחר הניתוח יד בסד - צפי סד 4 שבועות לפי צילומי ביקורת בהתאם.
משתחרר במצב משביע רצון

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל
שיכון כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד עד לביקורת
הרמת היד
הפעלת מרפק וכתף
צפי סד גבס - 4 שבועות לפי החלטה לאחר צילום ביקורת
ביקורת מרפאת כף יד בעוד שבועיים לצילום והסרת תפרים
חופשת מחלה חודש וחצי

הדרכת מטופל בשחרור

החלה הדרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

תוצאות מעבדה

תפקודי קרישה

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
0.97 - 1.19	1.00	17/11/21	1.00	17/11/21	PT, INR
10.03 - 12.43	10.70	17/11/21	10.70	17/11/21	PT, Sec - blood
25.00 - 34.00	28.80	17/11/21	28.80	17/11/21	PTT

ספירת דם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
4.0 - 11.0	10.5	17/11/21	10.5	17/11/21	WBC

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
39 - 49	49	17/11/21	49	17/11/21	HCT
80.0 - 96.0	90.5	17/11/21	90.5	17/11/21	MCV
26.0 - 34.0	30.6	17/11/21	30.6	17/11/21	MCH
31.0 - 37.0	33.8	17/11/21	33.8	17/11/21	MCHC
0.0 - 15.0	11.9	17/11/21	11.9	17/11/21	RDW
7.0 - 12.0	9.3	17/11/21	9.3	17/11/21	Mean platelet volume
40.0 - 75.0	75.0	17/11/21	75.0	17/11/21	Neutrophils %
20.0 - 40.0	19.4↓	17/11/21	19.4↓	17/11/21	Lymphocytes %
2.0 - 13.0	4.8	17/11/21	4.8	17/11/21	Mono%
0.0 - 6.0	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Eosinophils %
0.0 - 1.9	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Basophils %
1.4 - 6.0	7.9↑	17/11/21	7.9↑	17/11/21	Neutrophils No.
1.2 - 3.0	2.0	17/11/21	2.0	17/11/21	Lymphocytes No.
0.0 - 1.3	0.5	17/11/21	0.5	17/11/21	Monocytes No.
0.0 - 0.4	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Eosinophils No.
0.0 - 0.2	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Basophils No.
	0.1	17/11/21	0.1	17/11/21	NRBC/100 WBC
	4.0	17/11/21	4.0	17/11/21	Neutrophils/lymphocytes ratio - blood
13.2 - 17.0	16.5	17/11/21	16.5	17/11/21	Hemoglobin
4.3 - 5.8	5.4	17/11/21	5.4	17/11/21	RBC
150 - 450	326	17/11/21	326	17/11/21	Platelet, automated count

כימיה בדם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
<5 - 25	13	17/11/21	13	17/11/21	Urea nitrogen (BUN) - blood
95 - 110	102	17/11/21	102	17/11/21	Chloride - blood
0.70 - 1.30	0.99	17/11/21	0.99	17/11/21	Creatinine
70 - 110	80	17/11/21	80	17/11/21	Glucose - blood
3.50 - 5.30	3.96	17/11/21	3.96	17/11/21	Potassium - blood
135.0 - 146.0	137.0	17/11/21	137.0	17/11/21	Sodium - blood
<0.03 - 5.00	4.06	17/11/21	4.06	17/11/21	CRP (WIDE RANGE)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' נתיב טל מר. 125953	רופא מומחה	17/11/2021 19:52

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר רוזנבלט

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בנוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות www.kol-zochot.org.il	"קול הבריאות" *5400 לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכאויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
--	--	--	---

תאריך ושעת ההדפסה: 19:50 17/11/2021
חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה טובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

דוח ניתוח רפואי

שם יחידה: חדר ניתוח כללי - מתחם א	מנהל היחידה:	אח/ות אחראית: זאנה ספקטור
טלפון: 036973258	פקס: 036925752	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוסס בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב פנ 6731965

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 17/11/2021 17:38 מספר מקרה: 12515183

אינדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

rt 3rd mc fx

אבחנה נוכחית לפעולה

• CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED (815.00)

שם הניתוח

CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED 815.00

סיכום ניתוח

ממצאים:

מהלך הניתוח:

בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND מהלך תקין, סד גבס בסיום תחת הרדמה כללית, שכיבה על הגב, רחצה חיסוי כיסוי כמקובל, חתך מעל MC3 חשיפת גידים מיישרים והסטתם, פתיחת גונקטרה טנדינוס, חשיפת השבר, שטיפת המטומה, ניקוי שוליים, בטכניקת LAG SCREW הכנסת 4 ברגים מסט compact hand 2.0, בשיקוף עמדה תקינה, שטיפות, סגירה על פי שכבות, עור נילון, מרקאין, חבישה, סד גבס, מהלך תקין.

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia

מתן מרכיבי דם

מתן מרכיבי דם: לא רלוונטי

דימום

דימום: לא

הפניה לפתולוגיה

בדיקה נשלחה לפתולוגיה: לא

נשלחו בדיקות מעבדה

נשלחו בדיקות מעבדה: לא

סיבוכים במהלך הניתוח

סיבוכים במהלך הניתוח: לא היו סיבוכים

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
39 - 49	49	17/11/21	49	17/11/21	HCT
80.0 - 96.0	90.5	17/11/21	90.5	17/11/21	MCV
26.0 - 34.0	30.6	17/11/21	30.6	17/11/21	MCH
31.0 - 37.0	33.8	17/11/21	33.8	17/11/21	MCHC
0.0 - 15.0	11.9	17/11/21	11.9	17/11/21	RDW
7.0 - 12.0	9.3	17/11/21	9.3	17/11/21	Mean platelet volume
40.0 - 75.0	75.0	17/11/21	75.0	17/11/21	Neutrophils %
20.0 - 40.0	19.4↓	17/11/21	19.4↓	17/11/21	Lymphocytes %
2.0 - 13.0	4.8	17/11/21	4.8	17/11/21	Mono%
0.0 - 6.0	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Eosinophils %
0.0 - 1.9	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Basophils %
1.4 - 6.0	7.9↑	17/11/21	7.9↑	17/11/21	Neutrophils No.
1.2 - 3.0	2.0	17/11/21	2.0	17/11/21	Lymphocytes No.
0.0 - 1.3	0.5	17/11/21	0.5	17/11/21	Monocytes No.
0.0 - 0.4	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Eosinophils No.
0.0 - 0.2	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Basophils No.
	0.1	17/11/21	0.1	17/11/21	NRBC/100 WBC
	4.0	17/11/21	4.0	17/11/21	Neutrophils/lymphocytes ratio - blood
13.2 - 17.0	16.5	17/11/21	16.5	17/11/21	Hemoglobin
4.3 - 5.8	5.4	17/11/21	5.4	17/11/21	RBC
150 - 450	326	17/11/21	326	17/11/21	Platelet, automated count

כימיה בדם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
<5 - 25	13	17/11/21	13	17/11/21	Urea nitrogen (BUN) - blood
95 - 110	102	17/11/21	102	17/11/21	Chloride - blood
0.70 - 1.30	0.99	17/11/21	0.99	17/11/21	Creatinine
70 - 110	80	17/11/21	80	17/11/21	Glucose - blood
3.50 - 5.30	3.96	17/11/21	3.96	17/11/21	Potassium - blood
135.0 - 146.0	137.0	17/11/21	137.0	17/11/21	Sodium - blood
<0.03 - 5.00	4.06	17/11/21	4.06	17/11/21	CRP (WIDE RANGE)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר נתיב טל מר. 125953	רופא מומחה	17/11/2021 19:52

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר רוזנבלט

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות www.kol-zochot.org	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכאויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	---	---	---

תאריך ושעת ההדפסה: 11:07 20/12/2021

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו' 4'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - תאריך: 20/12/2021 שעה: 10:20 מספר ביקור: 40942541

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום
G6PD	16/11/2021
IOD (Iodine)	17/11/2021

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (815.00) (17/11/2021)

סיכום ודין

מצב לאחר ORIF MC3 ע"י ברגים מסט COMPACT HAND בצאריך 17.11.2021
הוראות לאחר ניתוח - סד גבס לפחות 4 שבועות

היום ביקורת ראשונה

מרגיש טוב

הוסרו תפרים

הוחזר גבס

ללא גזרור, תחושה שמורה, מניע בגבולות הגבס

צילום תקין

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	----------------	-------	------------------------

תזכנית

שיכון כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית נעזרת
ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס
חופשת מחלה 8 שבועות

20.12.2021

מרגיש טוב

הוסר הסד

אצבע 3 - כיפוף מלא, ישור עם LAG של כ 5 מעלות, תחושה שמורה
צילום תקין

תזכנית

שיכון כאב

הפעלה מלאה

ללא הרמת משקל וללא עומס חודש וחצי
*ריפוי בעיסוק בקופת חולים בהקדם - הפעלה אקטיבית נעזרת ופ[סיבית עדינה, שיפור טווחים, ללא משקל מעל 1 ק"ג
לחודש, מעוד חודש משקלים באופן הדרגתי והפעלה פסיבי
ביקורת עוד 6 שבועות לצילום ובדיקה
חופשת מחלה 6 שבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' נתיב טל מר. 125953

אני מאשר את כל הנתונים
המובאים בדף זה
לרבות את כל המידע
הנדרש למען המטופל
ללא כל תשלום



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
תעודת זהות: _____
שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי ☐ ממוגרפיה
☐ (כולל שיקוף - IVP) ☐ אנגיוגרפיה
☐ CT ☐ MRI טופס נפרד
☐ US

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביפר:

תאריך:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ת. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ת. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא

האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא

אסטמה? ☐ כן ☐ לא

אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא

סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא

* אם כן איזו ובמה מתבטאת?: _____

PT (sec.)

PTT (sec.)

INR

Plt. (/MCRL)

Hg (gr/dL)

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!

בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: שעה:

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע:

הוראות ביצוע:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקים							

ח. גוד: _____ כמות: _____ רופא: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



20.12.21



21442370-9

מס' זימון: 00000000

לכבוד

רביבו אופק

הגבור האלמוני 33

תל אביב - יפו, 6731965

א.ג.נ,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' רביבו אופק 9-21442370 מוזמן/ת ביום שני 31/01/2022 לשעה 17:00 למרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד 10	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה

• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.	אנא הקפד להביא
--	----------------------

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

מס' טלפון מרפאה: 03-6974000	מס' טלפון מטופל: 054-2049171	פרטי התקשרות
מס' פקס מרפאה: 074-7219810		
דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il		

1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופרובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה. 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 4. שירות חדש: לקראת הביקור יש לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח (בקהילה) בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom ניתן לגשת לקישור גם דרך אתר בי"ח. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך. 7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות. מטופל/ת יקר/ה, בהגיעך למרפאות החוץ של בית החולים, אנא הקפד/י על הנחיות משרד הבריאות: - אין להגיע למרפאות עם חום גבוה מ- 37.6 ו/או שיעול - אם עליך לשהות בבידוד, דחה/י את הביקור למועד חדש - עליך לעטות מסיכה המכסה את הפה ואת האף במהלך כל שהייתך בבית החולים	הערות
--	-------



302404162



214423709

שירותי בריאות כללית

-מקור-

חסוי/אישי

תאריך: 22/12/21

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
מרפאה מנפקת : 5105 אילון
גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302404162

רופא מטפל : 158357 זועבי מוחמד

המבוטח : 0021442370-9 רביבו אופק
רופא מפנה : 158357 זועבי מוחמד
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70017	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	L9249	1

תאריך זימון : 22/12/21 האישור בתוקף עד לתאריך : 22/06/22

ערוסי בת-חן

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים. התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט'-17

22/12/2021
08:28

הפניה כללית

פרטי המטופל

רביבו אופק	00-21442370-9	18.04	08/08/2003	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	הגבור האלמוני	33	54 -2049171	3 - 6311062
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 15/11/2021

מספר הפניה: 35105154612

גורם שולח
5105

מספר הפניה
035105154612

תז נבדק
0214423709

מספר רשיון
158357

לכבוד: ריפוי בעיסוק

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81001	97003	ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	81001

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
8150	FRACTURE METACARPALS CLOSED	

תלונות: בתאריך 17/11/2021

ביום פנייתו מתארת ת. דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית.
פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדיו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקות רגישות
על פני מסרק 3
חשם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה
בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.
מצב לאחר ניתוח אורתופדי
תוכנית
שיכוך כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית אקטיבית
נעזרת
ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס

7. ה.ר. 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

22/12/2021

הודפס ע"י ד"ר מוחמד זועבי

00-21442370-9

רביבו אופק

תאריך ושעת ההדפסה: 10:56 06/12/2021

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מצויילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבורה אלמוני 33 תל אביב יפ 6731965

נתוני ביקור - תאריך: 06/12/2021 שעה: 09:04 מספר ביקור: 40891620

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום
G6PD	16/11/2021
IOD (Iodine)	17/11/2021

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (815.00) (17/11/2021)

סיכום ודיון

מצב לאחר ORIF MC3 ע"י ברגים מסט COMPACT HAND בצאריך 17.11.2021
הוראות לאחר ניתוח - סד גבס לפחות 4 שבועות

היום ביקורת ראשונה

מרגיש טוב

הוסרו תפרים

הוחזר גבס

ללא גזרור, תחושה שמורה, מניע בגבולות הגבס

צילום תקין

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	----------------	-------	------------------------

תוכנית

שיכון כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית אקטיבית נעזרת
ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס
חופשת מחלה 8 שבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

נחתם ע"י: דר' נתיב טל מ.ר. 125953

חתימה: _____

אנו מאשרים את כמות
המסמכים המוגשים
למחלקה המיועדת
ל- 01.05.2018



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

- חסוי רפואי -

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי
☐ ממוגרפיה
☐ (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ אנגיוגרפיה
☐ MRI טופס נפרד
☐ US

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

חלק א' ימולא בכל הזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ +בלון ☐ מונשם	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא	☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?	☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג: _____
 הבדיקה הדרושה: _____
 חתימה וחותמת: _____
 תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

- האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!

בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

ח. ניגוד: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



ע"ש סוראסקי

המרכז הרפואי ת"א

מקרה: 40891620 / כף יד מרפ / כף יד מרפ

מזג: 21442370-9 שם: רביבו אופק

אב: משה כתובת: גבעתיים 33 תל אביב - מיוז

סוג: אחר טל: 054-2049171 ת.לידה: 08.08.2003

מס' התחייבות: 302312792 (ממסמך 110070)



מרכז רפואי ת"א

יומן: דר. גליה ביינר

ת.קבלה: 09:01 06.12.21

מפעיל: MICHAELMI

ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי ☐ ממוגרפיה
- ☐ (כולל שיקוף - IVP) ☐ CT
- ☐ CT ☐ אנגיוגרפיה
- ☐ US ☐ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ביידת) ☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

מתצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת: _____ טלפון / ביקור: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצויות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Ptt. (MCRL)	
Hg (gr/dL)	

תיפקודי כללי: BUN או CREATININE

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא

האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא

אסטמה? ☐ כן ☐ לא

אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא

סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא

* אם כן איזו ובמה מתבטאת?

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכחה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות רדיולוג

דחיפות הביצוע: _____

הוראות ביצוע: _____

פרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לי-זר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

ח. ניגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



גמייט - 6520413409

תאריך ושעת ההדפסה: 01:11 16/11/2021

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר שריסט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 15/11/2021 23:37 מספר מקרה: 12514176

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 18 בריא בד"כ. G6PD RHD

ביום פנייתו מתארת ת.דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית.
פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדיו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקתו - רגישות על פני מסרק 3.
רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור.
רושם קליני לשיפור ברוטציה.
הושם בסד גבס אינטרימיק פלוס
צילום ביקורת - שיפור בעמדת השבר

אבחנות במיון

- CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED (815.00)

רגישות לתרופות

שם התרופה: G6PD
תאריך רישום: 16/11/2021

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	0	97

שוניות

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים סדציה

סודי רפואי

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	-------	----------------------------

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	97

הוראות במערך

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים מרדים רוחבי

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104

סיכום

משוחרר לביתו בהמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: שינוך כאב לפי הצורך - אקמול, אופטליגין
אין להרטיב את הגבס. אין לחטט.
המקרה יוצג ליחידת כף היד בשאלה של טיפול ניתוחי. במידה ולא ניתנה תשובה טלפונית - נא ליצור קשר בעוד מספר ימים עם מזכירת היחידה סימי, טלפון 036973528.
ביקורת מרפאת כף יד במסדנו בעוד שבוע (טלפון לקביעת תור 03-6974000).
חופשת מחלה: 2 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דור חתונה מ.ר. 162860	אחות משחררות	16/11/2021 01:11

רופאה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דור לין מ.ר. 140435	רופאה משחרר	16/11/2021 01:05

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות. להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 גשים 1203 גברים

עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילב - 03-6973574