

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

10.2.21

מ.ל.ב.

לכבוד
פרופ' משה סלעי
מרחוב י.ל. גורדון 11
תל אביב

פרופ' נכבד,

הנדון: ת.א. 7314-10-20 גרינבלט נ' התאגיד מנהל לביטוחי רכב-הפול
תאונה מיום 10.11.19

1. כבי' מונה בהחלטת בית המשפט הנכבד כמומחה רפואי בתחום האורתופדי לבדיקת מרשתי, אשר נפגעה בתאונת דרכים ביום 10.11.19, ולקביעת נכותה הנובעת מן התאונה.
2. רצ"ב לעיון כבי' התייעוד רפואי בנוגע למרשתי.
3. בהתאם להחלטת כבי' בית המשפט, בשכר טרחת כבי' תישא הנתבעת.
4. אודה לכבי' אם יודיעני מועד לבדיקת מרשתי.
5. את חוות הדעת מתבקש כבי' להמציא לבית המשפט ולשני הצדדים.

* רצ"ב החלטת כבי' בית המשפט.

י ר ר ג ר א ג א ו נ ו י ס ג א ו ל ר

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

העתק:
נטלי אברהם, עו"ד
באמצעות פקס: 03-9620909



בית משפט השלום ברחובות

ת"א 7314-10-20

תיק חיצוני : מספר תיק חיצוני

1

מספר בקשה: 3

בפני כבוד השופטת שרון צנציפר הלפמן

מבקשים פלוני

נגד

משיבים
התאגיד המנהל של המאגר לביטוח דכב חובה ("הפול")
בע"מ

2

החלטה

3

1. לאור הסכמת הצדדים על מינוי מומחה בתחום האורתופדיה לבדיקתה של התובעת, אני מורה על מינויו של פרופ' משה סלעי כמומחה רפואי מטעם בית המשפט בתחום זה.

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

2. היחידה המשפטית תמציא למומחה כתב מינוי.

שכר המומחה יעמוד על סך של 5,000 ש"ח בצירוף מע"מ.

בשכר המומחה תישא בשלב זה, כמימון ביניים, הנתבעת.

3. עם קבלת חוות דעת המומחה יגישו הצדדים תחשיבי נזק:

התובעת תוך 30 יום מקבלת חוות הדעת.

הנתבעת תוך 30 יום מקבלת תחשיב הנזק של התובעת.

הצדדים יצרפו לתחשיב הנזק כל מסמך עליו הם מבקשים לסמוך.

ניתנה היום, י"ג שבט תשפ"א, 26 ינואר 2021, בהעדר הצדדים.

בין 33-60

שרון צנציפר הלפמן, שופטת

18

19

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: בן נון - תל אביב מחוזת: א

תאריך 19/11/2019

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		גרינבלט קרן	
מספר 00-20032835-9	נ 31.09	מספר 17/02/1988	משה דוד
מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
15 / 1	54	5450340	5794022 - 3
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
הירדן	רחוב	רמת גן	ישוב

תאריך תאונה 10/11/2019

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35106191228

גורם שולח



5106

מספר הפניה



035106191228

תז נבדק



0200328359

מספר רשיון



085050

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד משה"ב	קוד שירות
10301015	צילום עמוד שדרה גבי	72070	78181
10301023	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי	72100	78183
10601090	צילום עצם החזה (סטרגוס)	71120	78172
10601086	צילום צלעות ימין	71100	78201
10601087	צילום צלעות שמאל	71100	78201

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות ב-10/11/2019 כשהיתה בדרך לעבודה היתה מעורבת בת.ד כרוכבת על קטנוע עם קסדה. רכב מאחוריה התנגשה בה, נפלה ונחבלה בחזה ובעיקר בפלג גוף ימין

ללא חבלת ראש, ללא אובדן הכרה

באותו יום הופנתה למיון באיכילוב-

בוצע

CT חזה בטן- ללא ממצאים חריגים

צילום ברך ימין- ללא ממצא גרמי

עדיין סובלת מסכבי גב, כאבים בברך, כאבים בבית החזה עם קושי בנשימה

כמו כן לחץ נפשי משמעותי מאז התאונה

סימנים חיוניים: גובה 158 29/07/2018 משקל 50 29/07/2018 bmi 20.03

לחץ דם 113 / 79 29/07/2018

דופק 76 05/07/2016

eGFR 104.67 מתאריך 20/05/2019

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20032835-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) פני יעל גז 19/11/2019

הפניה לרפואה יועצת

גרינבלט קרן

ממצאים בבדיקה
הזנת ריאזת- כניסת אוויר שווה ללא ציפופים ללא חירחורים ללא קרפיטציות
כאבים במישוש לעורך ע"ש, באיזור הסטרנום וצלעות

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית תשלום צילום ע"ש+סטרונום+צלעות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA

בעיות בעבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
29/07/2018	01/12/2007		INC WBC=17.9- abs neut=10.6
29/07/2018	01/10/2008		UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION
29/07/2018	01/11/2008		b/l flank pain
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
29/07/2018			

רגישות

ולאו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"
לא רגיש לתרופות		
לא יודע		
לא ידועה רגישות לתרופות		

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	BEZAFIBRATE TAB 400MG 30 400MG

מדה לך על חוות דעתך והמלצתך

85050

ד"ר (רופא) פני יעל גז

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט
אורתופדיה
117749
אבן גבירול 124
03-7622300
03-7622304

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

תאריך 13/11/2019

סיכום ביקור

פרטי המטופל	גרינבלט קרן
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
מס' זהות	מס' דוד
גיל	17/02/1988
מס' בית	31.09
הירדן	נ
רמת גן	משה דוד
ישב	שם האב
רחוב	5794022 - 3
מס' בית	טלפון נוסף
15 / 1	טלפון
מס' בית	טלפון

תאריך תאונה 10/11/2019

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 13/11/2019
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בה 31
לדבריה היתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 בדקה בגין אי-כלוב
שם עברה CT חזה ובטן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים
כעת מציגת כאבים ברגל תחתונה ונחה

בדיקה גופנית: בבדיקה
עמ"ש צווארי-גבי ומתני- תחושה שמורה, רגישות פרוטורטורלית גבית, ללא
דפורמציה
גפיים ותחתונות ועליונות: כוח גס 5/5, מניעה גפיים, טווח תנועה מלא
רגישות בשוק ימין טווח תנועה מלא ציר שמר ללא חסר NV

קוד	אפיזון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS ri leg contusion

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

סיכום והמלצות: המלצות

מעקב רופא מטפל
משככי כאבים לפי הצורך
פיזיותרפיה לעמש צווארי גבי ומתני וברך ימין בקופח
קומפרסים חמים 3 פעמים ביום
מעקב אורתופד בקופת חולים בעוד חודש

בברכה,

117749

ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

מס' רשיון

שם הרופא



דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

גרינבלט קרן

13/11/2019

הודפס ע"י ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

00-20032835-9

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

תאריך 13/11/2019

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		גרניבלט קרן	
שם משפחה ושם פרטי	00-20032835-9	שם האב	משה דוד
מס זהות	31.09	ת. לידה	17/02/1988
גיל	נ	מספר	5450340
מס בית	15 / 1	טלפון	54
רחוב	הירדן	טלפון נוסף	3 - 5794022
רמת גן	ישוב		

תאריך תאונה 10/11/2019

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33288108777

גורם שאלה

מספר הפניה

תד נבדק

רשיון רופא



3288

033288108777

0200328359

117749

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

rt leg contusion

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בת 31

לדבריה הייתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 ובדקה במיון אילוב שם עברה CT חזה ובטן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים כעת מציגת כאבים בגב תחתון וחזה

בעיות פעילות

מגילוי	אופיון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	אופיון	בעיה
29/07/2018	01/12/2007		INC WBC=17.9- abs neut=10.6
29/07/2018	01/10/2008		UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION
29/07/2018	01/11/2008		b/l flank pain
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER

רגישויות

סהר 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט 00-20032835-9

גרניבלט קרן

נ/א תופעות לוואי	רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
	לא רגיש לתרופות		
	לא יודע		
	לא ידועה רגישות לתרופות		

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	BEZAFIBRATE TAB 400MG 30 400MG

ממצאים קליניים

בבדיקה:
עמ"ש צווארי-גבי ומתני- תחושה שמורה, רגישות פרהורטברלית גבית, ללא דפורמציה.

גפיים תחתונות ועליונות- כוח גס 5/5, מניעה גפיים, טווח תנועה מלא.
רגישות בשוק ימין טווח תנועה מלא ציר שמור ללא חסר NV

מסרת הבדיקה:

פזיטרפייה לעמש צווארי גבי ומתני וברך ימין בקופח.

117749

ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

מספר רשיון

שם הרופא



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

תאריך 19/11/2019

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	גרינבלט קרן	00-20032835-9	31.09	ג	17/02/1988	משה דוד
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
רמת גן	הירדן	15 / 1	מס בית	54 - 5450340	54 - 5794022	3
ישוב	רחוב			טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה: 10/11/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	אבחנה
E811	MOTOR VEHICLE ACCIDENT
L04	CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 10/11/2019 עד יום 26/11/2019 (בכלל) סה"כ 17 ימים

19/11/2019
תאריך מתן התעודה

19/11/2019
ת. הבדיקה

ד"ר (רופא) פני יעל גז
חתימה וחוממת הרופא שנתן את התעודה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

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

19/11/2019

הרופא ע"י ד"ר (רופא) פני יעל גז

00-20032835-9

גרינבלט קרן

15

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

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה
טלפון: 03-6974642 פקס: 03-6973133

שם: גרינבלט קרן
ת.ז.: 20032835-9
טלפון: 054-5450340
כתובת: הירדן 15 רמת גן 5228128
מקרה: 12042073
גיל: 31 ש
מין: נ
גורם מפנה: ביקור רדיולוגיה
יחידה ארגונית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
10/11/2019	13:33	CT בית החזה, עם חומר ניגוד
10/11/2019	13:33	CT אברי האגן, עם חומר ניגוד
10/11/2019	13:33	CT בטן, עם חומר ניגוד

תולדות מחלה

בת 31, בריאה בד"כ. הגיעה לאחר תאונת קטנוע - רכב. נסעה במהירות 15-20 קמ"ש, רכה נכנס בה מאחור במהירות גבוהה יותר ~40 קמ"ש. נפלאה על צידה הימני. רגישות בבדיקתה במידאקסילרי ליין צלעות 6 ומטה. רגישות באגן. נודה ל CT חזה/בטן/אגן

שאלה לבירור

מ/א תאונת דרכים כמתואר. נודה להדמיה תודה

תיאור הבדיקה והמצאים

בת 31, בריאה בד"כ. הגיעה לאחר תאונת קטנוע - רכב. נסעה במהירות 15-20 קמ"ש, רכה נכנס בה מאחור במהירות גבוהה יותר ~40 קמ"ש. נפלאה על צידה הימני. רגישות בבדיקתה במידאקסילרי ליין צלעות 6 ומטה. רגישות באגן.

פרטים קליניים:

טכניקה:

החזה, הבטן והאגן נסרקו לאחר הזרקת חומר ניגודי חומר ניגודי תוך ורידי

בפרוטוקול טראומה. בוצעה סריקה אנגיוגרפית של החזה והבטן העליונה ולאחר מכן סריקה בשלב הפורטלי של הבטן והאגן.

ממצאים:

ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הריאות.
כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין.
הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקרדיאלי.
ללא חזה אויר.
ללא תפליט פלאורלי.
פרנכימת הריאות ללא תסנין או תהליך מוקדי.

הכבד תקין בגודל ובמרקם. ללא תהליך מוקדי.
ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות.
כיס המרה ללא ממצא חריג.

הטחול תקין בגודל ובמרקם.
האדרנלים ללא ממצא פתולוגי.
הלב לב תקין במרקמו ובמבנהו. ללא הרחבת צינור הלב לב.

הכליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס.
השופכנים תקינים.

הרטרופריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה.
האאורטה הבטנית אינה מורחבת.

פיתולי המעי ללא ממצא חריג.
ללא נוזל או אויר חופשי בבטן או באגן.

שלפוחית השתן ללא ממצא חריג.
אברי האגן האחרים ללא ממצא חריג.
הסננת שומן תת עורי בדופן הבטן ימנית תחתונה.

אין עדות לשבר.

לסיכום:

ללא עדות לממצא חבלתי באברי חזה, בטן ואגן.

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

17

טודי רפואי ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה - המשך
שם: גרינבלט קרן ת.ז.: 20032835-9 מקרה: 12042073

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר פיליאביץ' אלינה	34666	22847	10/11/2019	14:13

תאריך הקלדה: 10/11/2019

18



חשוי רפואי -

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

גרינבלט קרן
משה דוד
31
20032835-9
10.11.19
מלרד
מלרד
12042073
מקרה:
מרכז רפואי ת"א

1. מסי ת"ז
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מסי אישי
6. שם האב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. חדש / חוזר

☐ בידוד נוזל
☐ סכנת נפילת
☐ בהריון
☐ חמצון
מסכה / משקפיים
ריבוי

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / בבניית החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בנסא ולגליס ☐ באלוקה ☐ במיטה ☐

פרטים קליניים:

3. מכון ומין זר

הבדיקה הדרושה:

רשימת ל:

תאריך

חתימת הרופא

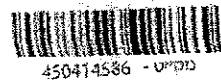
שם הטכנאי המבצע

תאריך בצוע הבדיקה

תאריך

שימוש בסרטים : 30/90 : 35/35 : 30/40 : 24/30 : 18/24 : 13/18 :

סרטים מקולקטים : 30/90 : 35/35 : 30/40 : 24/30 : 18/24 : 13/18 :



מק"ט - 450414586

תאריך: 13/11/2019

סיכום ביקור

פרטי המטופל

גרינבלט קרן

00-20032835-9

31.09

נ

17/02/1988

משה דוד

שם האב

ת.לידה

מין

גיל

מס זהות

שם משפחה ושם פרטי

5794022 - 3

54 - 5450340

15 / 1

הירדן

רמת גן

טלפון נוסף

טלפון

מס בית

רחוב

ישוב

תאריך תאונה: 10/11/2019

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 13/11/2019

13/11/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 31

בת 31

לדבריה היתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 בבדיקה במיון איכלוב
שם עברה CT חזה ובטן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים
כעת מצינת כאבים בגב תחתון וחזה

בדיקה גופנית:

בבדיקה:

עמ"ש צווארי-גבי ומתני- תחושה שמורה, רגישות פרהורטברלית גבית, ללא
דפורמציה.

גפיים תחתונות ועליונות- כוח גס 5/5, מניעה גפיים, טווח תנועה מלא.
רגישות בשוק ימין טווח תנועה מלא ציר שמור ללא חסר NV

קוד	איפיון	אבחנה
A80		
		ACCIDENT/INJURY; NOS
		rt leg contusion

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

סיכום והמלצות: המלצות:

מעקב רופא מטפל.
משככי כאבים לפי הצורך.
פזיותרפיה לעמש צווארי גבי ומתני וברך ימין בקופח.
קומפרסים חמימים 3 פעמים ביום
מעקב אורטופד בקופת חולים בעוד חודש

בברכה,

ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

117749

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת מאפא

סיכום ביקור

גרינבלט קרן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

13/11/2019

הודפס ע"י ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

00-20032835-9

20

תאריך ושעת ההדפסה: 16:32 10/11/2019

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' טרוצקי דניאל מ.ר. 1113412	אח/ות אחראית: נטע נגרי גלעם
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: גרינבלט	שם פרטי: קרן	ת.ז.: 200328359
תאריך לידה: 17/02/1988	גיל: 31	טלפון: 054-5450340
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הידרן 15 רמת גן 5228128

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 10:04 10/11/2019 מספר מקרה: 12042073

סיום טיפול במל"ד: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה

שעת העברה למחלקה

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

תאונת דרכים.

אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING MOTORCYCLIST (E819.2)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:57 10/11/2019	108 / 72	65

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:57 10/11/2019	108 / 72	65	99

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:57 10/11/2019	108 / 72	65	99

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	תפקודי קרישה	רוטינת בטן	גלים בדם	טרופונין
13:24 10/11/2019					
11:11 10/11/2019		בוצע	בוצע	בוצע	
11:06 10/11/2019		בוצע			בוצע

ביצוע תרופות

צורת מיון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg 100 cc(ml)	10/11/2019 11:30	Duration:0.33 hourRate:303.03 cc(ml) /hourTotal Volume:100 cc(ml), Once	I.V OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% infus 50ml 100 cc(ml)
VAC 0.5 ml	10/11/2019 13:24	Once	I.M DIPHTERIA-TETANUS PED. VAC 0.5 ml

כח ח

סיכום

בת 31, בריאה בד"כ.

הגיעה לאחר תאונת קטנוע, חבשה קסדה, ללא אירוע של איבוד הכרה או הקאות.

לדבריה, נסעה במהירות של 15-20 קמ"ש,

רכב פגע בה מאחור במהירות ~40-50 קמ"ש, היא נפלה על מעקה בטיחות, נפלה על צידה הימני.

A -נתיב אויר פתוח, מדברת ומשתפת פעולה.

B -מספר נשימות תקין לדקה, עליית בית חזה, כניסת אויר תקינה.

C -ציבה המונידמית, ללא סימני דימום חיצוני.

D -בדיקה נירולוגית תקינה, אישונים שווים ומגיבים לאור, GCS- 15

E -שפשוף בבטן תחתונה ימנית, מרפק ימין וכף יד ימין. ללא סימני חבלה נוספים.

#מצדים: ללא חום, דופק 65, ל"ד 108/72, סטורציה שמורה באויר חדר.

#בדיקה גופנית: קולות לב סדירים ולא מהירים, כניסת אויר טובה ושווה לריאות, בטן רכה, ללא רגישות.

עמוד שדרה- ללא רגישות ב-para-spinal- mid-vertebrae.

תנועתיות צווארית שמורה, תחושתיות שמורה.

רגישות קלה ב-upper sternum - parasternal

ישנה רגישות במidaxillary line מצד ימין בצלעות 6-7 ומטה. כמו כן, רגישות למישוש באזור iliac spinen מימין.

רגישות בחצי mid thigh באספקט אנטריוירי מימין. כמו כן רגישות ב-sub-patellar ימין באספקט אנטריוירי לטרלי.

#מעבדה: המוגלובין 13, לויקוציטוזיס עם ניוטרופיליה 11.8, טסיות 278, ללא הפרעות אלקטרוליטריות, ALT 48, CRP 0.26.

#אק"ג- קצב סינוס ~54, ציר תקין, התקדמות גלי R תקינה, ללא סימני איסכמיה חריפה.

CT חזה ובטן - ממצאים:

ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הריאות.

כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין.

הלב תקין בגודלו. ללא תפליט פריקורדיאלי.

ללא חזה אויר.

ללא תפליט פלאורלי.

פרנכימת הריאות ללא תסנין או תהליך מוקדי.

הכבד תקין בגודל ובמרקם. ללא תהליך מוקדי.

ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות.

כיס המרה ללא ממצא חריג.

הטחול תקין בגודל ובמרקם.

האדרנלים ללא ממצא פתולוגי.

הלב לב תקין במרקמו ובמבנהו. ללא הרחבת צינור הלב לב.

הכליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס.

השופכנים תקינים.

הרטורפריטונאום ללא הגדלת קשרי לימפה.

האאורטה הבטנית אינה מורחבת.

פיתולי המעי ללא ממצא חריג.

ללא נוזל או אויר חופשי בבטן או באגן.

שלפוחית השתן ללא ממצא חריג.

אברי האגן האחרים ללא ממצא חריג.

הסגנת שומן תת עורי בדופן הבטן ימנית תחתונה.

אין עדות לשבר.

לסיכום: ללא עדות לממצא חבלתי באברי חזה, בטן ואגן.

צילום ברך - ללא עדות לבעיה גרמית חריפה.

ללא עדות לבעיה רפואית חריפה שדורשת המשך בירור או טיפול במסגרת אשפוז ולק משתחררת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה:

*מעקב רופא מטפל - יש לגשת עם מכתב זה.

*מנוחה 5 ימים.

*משככי כאבים לפי הצורך.

*בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

רפואה שלמה.

חופשת מחלה: 5 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

תוצאות מעבדה

8857410474 - מדידה - 10/11/1914-08

גזים בדם

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
		-	-4	Actual base excess - venous blood
[- - - X - - - - -]		7.320-7.420	7.355	pH - venous blood
[X - - - - - - - -]	mmHg	38.0-52.0	39.4	pCO2 - venous blood
[X - - - - - - - -]		28.0-48.0	30.3	pO2 - venous blood
[- - - X - - - - -]	mmol/L	19.0-25.0	21.5	HCO3 (Bicarbonate) - venous blood
X [- - - - - - - -]	mmol/L	23.0-28.0	22.7	tCO2 - venous blood
X [- - - - - - - -]	%	70-75	62	Saturaion O2 - venous blood
[- - X - - - - - -]	%	0.0-2.0	0.5	Carboxyhemoglobin - blood
[X - - - - - - - -]	%	0.0-1.5	0.1	Methemoglobin, quantitative - blood
[- - - - - X - - - -]	mmol/L	1.15-1.35	1.26	Calcium, ionized - blood
	mmol/L	-	3	Anion gap - blood
[- - - - - - - X -]	mmol/L	95.00-105.00	104.00	Chloride, direct - blood
[- - - - - - - X]	%	0.0-5.0	37.4	Desoxyhemoglobin - blood
[X - - - - - - - -]	MGDL	70-115	74	Glucose, direct - blood
[X - - - - - - - -]	%	35.0-45.0	36.0	Hct (Hematocrit) - venous blood
[X - - - - - - - -]	g/dl	12.0-18.0	12.4	Hemoglobin, total - venous blood
[- - X - - - - - -]	mmol/L	0.50-2.20	0.99	Lactate (lactic acid) - blood
[- - - - - X - - -]	%	40-70	62	Oxyhemoglobin - blood
X [- - - - - - - -]	mmol/L	3.60-4.80	3.57	Potassium, direct - blood
X [- - - - - - - -]	mmol/L	135.00-145.00	124.60	Sodium, direct - blood

33502758 - מדידה - 10/11/1914-59

תפקודי קרישה

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
X [- - - - - - - -]	Sec	10.03-12.43	10.00	PT, Sec - blood
X [- - - - - - - -]		0.97-1.19	0.95	PT, INR
X [- - - - - - - -]	Sec	25.00-34.00	25.10	PTT

43843191 - מדידה - 10/11/1911-26

כימיה בדם

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
[- - - - - X - - -]	mg/dL	70-110	96	Glucose - blood
[- - - - - - - -]	mg/dL	<5-25	10	Urea nitrogen (BUN) - blood
[- - - X - - - - -]	mmol/L	135.0-146.0	139.0	Sodium - blood
[- X - - - - - - -]	mmol/L	3.50-5.30	3.77	Potassium - blood
[- - - - - X - - -]	mmol/L	95-110	106	Chloride - blood
X [- - - - - - - -]	mg/dL	0.60-1.10	0.55	Creatinine
[- - - - - - - -]	mg/dL	<0.1-1.20	0.57	Bilirubin, total - blood
[- - - - - - - X]	U/L	<8-35	48	Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס	יחידות	תוצאה גרפית
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	11	6-28	U/L	[- X - - - - -]
CRP (WIDE RANGE)	0.26	<0.03-5.00	mg/L	[- - - - -]
Troponin I - blood השיטה לא מוודדת ערכים נמוכים מ 2.5 השיטה שונתה 31.5.18	<2.50	0-50	ng/L	[- - - - -]
Lipase - blood	35	<9-51	U/L	[- - - - -]

10/11/2019 16:25 מרבה: 52/27/942

ספירת דם

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס	יחידות	תוצאה גרפית
RBC	4.6	3.8-5.1	10e6/ μ L	[- - - - X - - - -]
Hemoglobin	13.0	11.7-15.5	g/dL	[- - X - - - - -]
HCT	40	35-45	%	[- - - - X - - - -]
MCV	87.4	80.0-96.0	fL	[- - - - X - - - -]
MCH	28.6	26.0-34.0	pg	[- - X - - - - -]
MCHC	32.7	31.0-37.0	g/dL	[- - X - - - - -]
RDW	13.3	0.0-15.0	%	[- - - - - X -]
NRBC/100 WBC	0.0	-	%	
WBC	16.2	4.0-11.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - -] X
Neutrophils %	72.5	40.0-75.0	%	[- - - - - X -]
Neutrophils No.	11.8	1.4-6.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - -] X
Lymphocytes %	18.7	20.0-40.0	%	X [- - - - - - -]
Lymphocytes No.	3.0	1.2-3.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - X]
Mono%	7.0	2.0-13.0	%	[- - - - X - - - -]
Monocytes No.	1.1	0.0-1.3	10e3/ μ L	[- - - - - X - -]
Eosinophils %	1.3	0.0-6.0	%	[- X - - - - - -]
Eosinophils No.	0.2	0.0-0.4	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils No.	0.1	0.0-0.2	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils%	0.5	0.0-1.9	%	[- - X - - - - -]
Platelet, automated count	278	150-450	10e3/ μ L	[- - - X - - - -]
Mean platelet volume	8.8	7.0-12.0	fL	[- - - X - - - -]

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
סלאמה מראדי	אחות משחררת	10/11/2019 16:13

רפואה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר מתא נעים מ.ר. 1137065	רופא/ה משחרר	10/11/2019 15:48

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנות למרפאה אליה הוזמנת, עליו להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

24

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה:מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז:ת"א

13/11/2019 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
גרינבלט קרן	00-20032835-9	31.09	נ	17/02/1988	משה דוד
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רמת גן	הירדן	15 / 1		54 -5450340	3 - 5794022
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/11/2019

מספר הפניה: 33288108777
רשיון רופא 117749
תז נבדק 0200328359
מספר הפניה 033288108777
גורם שולח 3288

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

rt leg contusion

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
בת 31
לדבריה היתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 נבדקה במיון איכלוב
שם עברה CT חזה ובטן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים
כעת מצינת כאבים בגב תחתון וחזה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
29/07/2018	01/12/2007		INC WBC=17.9- abs neut=10.6
29/07/2018	01/10/2008		UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION
29/07/2018	01/11/2008		b/l flank pain
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER

רגישויות

7 ה.ר.ו

הפניה לפיזיותרפיה
גריןבלט קרן
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2
00-20032835-9 הודפס ע"י ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

ו/או תופעות לוואי		
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא רגיש לתרופות		
לא יודע		
לא ידועה רגישות לתרופות		

תרופות קבועות

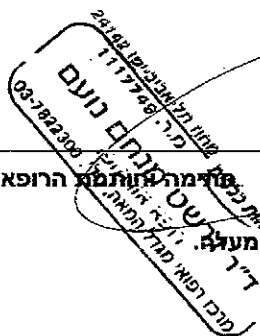
ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	BEZAFIBRATE TAB 400MG 30 400MG

ממצאים קליניים

בבדיקה:
 עמ"ש צווארי-גבי ומתני- תחושה שמורה, רגישות פרהורטברלית גבית, ללא
 דפורמצייה.
 גפיים תחתונות ועליונות- כוח גס 5/5, מניעה גפיים, טווח תנועה מלא.
 רגישות בשוק ימין טווח תנועה מלא ציר שמור ללא חסר NV

מטרת הבדיקה:

פזיוטרפייה לעמש צווארי גבי ומתני וברך ימין בקופח.



117749

ד"ר מנחם נועם אהרון גרשט

מנהל מרפאות הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

מרפאה:בן נון - תל אביב מחוז:תל אביב

תאריך 26/11/2019

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		00-20032835-9		נ	17/02/1988	משה דוד
גרובלט קרן		מס זהות		גיל	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי		מס בית		טלפון	טלפון נוסף	
רמת גן	הירדן	15 / 1	5450340 - 54	5794022 - 3		
ישוב	רחוב					

תאריך תמונה: 10/11/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/11/2019 עד יום 28/11/2019 (בכלל) סה"כ 2 ימים

26/11/2019 26/11/2019

תאריך מתן התעודה

ד"ר (חפא) פני יעל ח

חותמת המרפאה

תתימה וחוממת הרפא של השרות הרפואי המופת

הזכות לגמלה הקבעת על - די המוסד לביטוח הלאומי ואינו התעורר

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

1 m 1 g

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

26/11/2019 הודפס ע"י ד"ר (רופא) פני יעל גז 00-20032835-9

גריןבלט קרו

09/03/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

משה דוד	17/02/1988	נ	32.00	00-20032835-9	גרינבלט קרן
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
3	54	5450340	15 / 1	הירדן	רמת גן
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב	ישוב	

10/11/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35106196340

גורם שולח



5106

מספר הפניה



035106196340

תז נבדק



0200328359

מספר רשיון



085050

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/11/2019:
ב-10/11/2019 כשהיתה בדרך לעבודה היתה מעורבת בת.ד כרוכבת על קטנוע עם קסדה. רכב מאחוריה התנגשה בה, נפלה ונחבלה בחזה ובעיקר בפלג גוף ימין
ללא חבלת ראש, ללא אובדן הכרה
באותו יום הופנתה למיון באיכילוב-בוצע
CT* חזה בטן- ללא ממצאים חריגים
*צילום ברך ימין- ללא ממצא גרמי
עדיין סובלת מכאבי גב, כאבים בברך, כאבים בבית החזה עם קושי בנשימה
כמו כן לחץ נפשי משמעותי מאז התאונה
26/11/2019:
צילומים תקינים
מחר תתחיל PT
עדיין כאבים וסטס
02/12/2019:
מרשם
03/02/2020:
עדיין כאבים בגב ובחזה
09/03/2020:
עדיין כאבי גב וירידה תפקודית- זקוקה להמשך PT

סימנים חיוניים: גובה 158 29/07/2018 משקל 50 29/07/2018 bmi 20.03

7 ס.ה.ר

28

29/07/2018 113 //9 לחץ דם

05/07/2016 76 דופק

20/05/2019 eGFR 104.67 מתאריך

ממצאים בבדיקה ממצאים מתאריך 19/11/2019:
הזנת ריאות- כניסת אוויר שווה ללא ציפצופים ללא חירחורים ללא קרפיטציות
כאבים במישוש לעורך ע"ש, באיזור הסטרנום וצלעות

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA
01/01/2019		SMOKER

בעיות בעבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
29/07/2018	01/12/2007		INC WBC=17.9- abs neut=10.6
29/07/2018	01/10/2008		UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION
29/07/2018	01/11/2008		b/l flank pain
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
29/07/2018			

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא רגיש לתרופות		
לא יודע		
לא ידועה רגישות לתרופות		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	BEZAFIBRATE TAB 400MG 30 400MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

85050

ד"ר (רופא) פני יעל גז

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ס.ה.ר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

09/03/2020 00-20032835-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) פני יעל גז

גרינבלט קרן

הודפס מאתר כללית אוקליין ב-29.09.2020.

29

13/08/2020 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל		גרינבלט קרן	
משה דוד	17/02/1988	00-20032835-9	32.06
שם האב	ת. לידה	מס זהות	גיל
5794022 - 3	54	15 / 1	
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב
			ירדן
			רמת גן
			ישוב

מס' הפניה במקום הפיזיותרפיה: 200559489 מספר זהו הפניה: 35106196340

תאריך הפניה: 09/03/2020

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר (רופא) פני יעל גז

מרפאה: מרפאת בן-נון

מקצוע: רופא כללי

כלית
פרסטר אורי
פיזיותרפיסט
מכון גיורא

ת. תאונה: 10/11/2019

רשיון רופא: 85050

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אפיין	אבחנה
	7242		LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 21/04/2020 תאריך סיום טיפול: 22/07/2020

מס' ביקורים בפועל: 14 פרטני: 14

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
14	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
14	הדרכה לתרגול בבית
13	טיפול ברקמה רכה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

סיכום טיפול

גרינבלט קרן

דף 1 מ 2

13/08/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20032835-9 הודפס ע"י פרסטר אורי

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
ברך	ימין	7	2
גב תחתון	ימין	7	4

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

26/02/2020
12/02/2020
29/01/2020
22/01/2020
15/01/2020
08/01/2020
01/01/2020
25/12/2019
16/12/2019
09/12/2019
04/12/2019
27/11/2019

~~פירסטטר אור~~
מכון גיורא

חתימה וחתימת

פירסטטר אורי

שם מטפל

17/08/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		גרינבלט קרן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ
רמת גן	00-20032835-9	32.06	17/02/1988
ירושלם	מס בית	15 / 1	ת.לידה
רחוב	מס בית	54	משה דוד
		5450340	שם האב
		טלפון	5794022 - 3
		טלפון נוסף	

מספר הפניה ישירה: 33288205520

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288205520

תז נבדק



0200328359

מספר רשיון



108090

לכבוד: מרפאה כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקת רפא כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל:

תלונות / תלונות / סיבת הפניה מתאריך 02/12/2019

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/11/2019

בת 31

לדבריה היתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 נבדקה במיון אימלוב

שם עברה CT חזה ובסן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים

כעת מציינת כאבים בגב תחתון וחזה

02/12/2019

עדיין כאבים בחזה וגב גבי ותחתון וברך ימין

17/08/2020

שיפור קל בכאבים - עדיין כאבים

בטיפול בפיזיותרפיה

מצאים בבדיקה בדיקה גופנית מתאריך 02/12/2019

בדיקה גופנית מתאריך 13/11/2019

בבדיקה:

עמ"ש צווארי-גבי ומתני- תחושה שמורה, רגישות פרהורטברלית גבית, ללא

דפורמציה.

גפיים תחתונות ועליונות- כוח גס 5/5, מניעה גפיים, טווח תנועה מלא.

רגישות בשוק ימין טווח תנועה מלא ציר שמור ללא חסר NV

02/12/2019

דף 1 מ 3

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

17/08/2020 הודפס ע"י ד"ר קירסטין הוסם היום 00-20032835-9

הפניה לרפואה יועצת

גרינבלט קרן

הליכה עם GAIT בגדר הנורמה. יציב, ללא צליעה, דריכה מלאה.
 תליכה על בהונות ועקבים וכיפוף ברכיים.
 "ע"ש מותני/ גב- טווחי תנועה שמורים
 רגישות בנזק לאורך עמוד שדרה: רגישות מעל השרירים הפארא-ורטברלים.
 רגליים כח גס תקין- 5/5
 FLEXION, PLANTAR FLEXION, TA, EHL, FHL
 תחושה שמורים תקינים וסימטריים בשתי הגפיים התחתונות
 רפלקסים סימטריים ובגדר הנורמה.
 SLR - תקין עד 60 מעלות.
 בדרך ימין:
 ברך לא נפוחה, ללא תפליט במפרק.
 ללא שטף דם, ללא שפשוף, ללא דפורמציה.
 רגישות מעל LATERAL ASPECT
 טווח תנועות מלא עם רגישות בקצה יישור ובקצה כיפוף
 ברך יציבה VALGUS+VARUS (ב30 מעלות) DRAWER
 APLEY TEST NEG // לא סימני מניסקיאלים
 DVT. לא סימני זיהום
 תחושה ומוטוריקה דיסטלים תקינים.
 דופק DP תקין
 17/08/2020

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
		rt leg contusion

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/12/2019
 ההפניות שהופקו ב 13/11/2019
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 02/12/2019
 17/08/2020

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA
01/01/2019		SMOKER
09/03/2020	REC	HERPES SIMPLEX

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
29/07/2018	01/12/2007		INC WBC=17.9- abs neut=10.6
29/07/2018	01/10/2008		UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION
29/07/2018	01/11/2008		b/l flank pain
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
01/01/2018	01/01/2006		SMOKER
29/07/2018			

ישויות

ו תופעות לוואי

נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
		לא רגיש לתרופות
		לא יודע
		לא ידועה רגישות לתרופות

א"ב	צד	ד"ר בעת	ד"ר בעת
גב תחתון	דו צדדי	פתיחת הסידרה	סגירת הסידרה
		6	6

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: עדיין כאב מותני גבוהה + טורקלי נמוך (6/10) מקרין לאזור בית חזה קדמי ועמוק. מחמיר בנשימה עמוקה תנועות כיפוף / רטציה מותנית, קושי בהרמת חפצים מעל 5 ק"ג. כאב לילה עם קושי בהרדמות. ממליץ על המשך טיפול הודרכה לתרגול עצמי בדגש על תנועות בית חזה / מותן

המטפל ביקר במכון בתאריכים:

22/07/2020

15/07/2020

08/07/2020

01/07/2020

24/06/2020

17/06/2020

10/06/2020

02/06/2020

27/05/2020

20/05/2020

13/05/2020

06/05/2020

28/04/2020

21/04/2020

פירסטטר אורי

שם מטפל

חתימה וחותמת

מחלקת כחול-לבן
פירסטטר אורי
מחלקת רפואה
מכון נחל

34

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

17/08/2020 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		גרינבלט קרן	
שם משפחה ושם פרטי	00-20032835-9	נ	32.06
מס זכות	17/02/1988	מ	15 / 1
שם האב	5794022 - 3	ת. לידה	54 - 5450340
טלפון נוסף		טלפון	
הירון	רחוב	מס בית	
רמת גן			
ישוב			

מספר הפניה: 33288205518
תו נבדק
רשיון רופא
גורם שולח
מספר הפניה
3288
303288205518
0200328359
108090

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 02/12/2019
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/11/2019
בת 31
לדבריה הייתה מעורבת בתאונת דרכים ב 10.11.19 נבדקה במיון איילוב
שם עברה CT חזה ובטן ללא ממצאים, צילום ברך ימין ללא ממצאים
נעת מצינת כאבים בגב תחתון וחזה
02/12/2019
עדיין כאבים בחזה וגב גבי ותחתון וברך ימין
17/08/2020
שיפור קל בכאבים - עדיין כאבים
בטיפול בפיזיותרפיה

בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיפון	בעיה
27/05/2019		HYPERTRIGLYCERIDEMIA
01/01/2019		SMOKER
09/03/2020	REC	HERPES SIMPLEX

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר קירסטין הוסס היום 00-20032835-9

הפניה לפיזיותרפיה

גרינבלט קרן

גמדה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר קירסטין הוסם הויס

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בית"ח
מפורסמת באתר הכללית

~~ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 01-01-01 BY 060801-1
[signature]~~

ד"ר מיחל דוד אדמוני
מס' 147781

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מרחוק: ת"א תל אביב

36 כרית סליל שנה
מרכז רפואי ת"א

13/09/2020 תאריך
11:22

הפניה למיון

שם משפחה ואם פרטי	00-20032835-9	גיל	32.07	ת.ל.ד	17/02/1988	מס' דוד
שם האב	מס' זכות	מין	נ	ת.ל.ד	17/02/1988	מס' דוד
רמת גן	הדרן	18 / 1	54 5450340	5784022	3	5784022
ישוב	רחוב	מס' בית	טלפון	טלפון ספק		



מספר הפניה:

35106203530

מספר רשיון

147781

שירות שנבחר

שירות	קוד	שירות	קוד
רפואי	70089	מס' ב	59283
70089		בקר ביקר	

אבחנה משוערת

אבחנה	אפיין	קוד
LOW BACK PAIN		7242

20.03 bmi 29/07/2018 60 28/07/2018 158 גובה

29/07/2018 113 79 לחץ דם

06/07/2018 76 דופק

20/05/2019 104.67 eGFR

דיון/עמית סיפולית

בת 32, בראיה ברורה, ללא רקע של כאבי גב. מלידה על סכב נב תחתון מזה מס' ימים, כאב יותר מידי, מקורן לקדמת הירך. הכאב במנחם החמור, לא מולידה לשכב או לשבת. בלידה מעיר משינה. עצמה 10/10, הקלה לאחר אופטלוגין. אתמול מדדה חום 37.7 מלעה בתחתית חום ללא צמרמורת. מעינת אירוע של ברירת עמית חד פעמי לפני ימים. מעם חולשה בשתי הרגליים. ללא סיפור של תבלה. יש ירידה בתיאבון ללא ירידה במשקל. ללא חשיפה לחולה קורונה מאומת ללא טיפול או קוצר נשימה. סיפור של ממאיתות רחם בגיל צעיר אצל הסבתא. אבחנה מבדלת בין מחלה חום עם כאב מוסקולוסקלטי (COVID) (לכין כאב נב תחתון עם דגלים אדומים) (כאב 10/10 מעיר משינה עם ברירת חמא וחולשת רגליים) אולי CAUDA EQUINA? אבס?

גרינבלט קרן
משה דוד
32
20032835-9
מלד
13.09.20
מלד
מקרה
12229132
מרכז רפואי ת"א

ס.ה.ר. 1

דף 1 מ 2
המסמך תכלי מידע מוגן על-ידי חוק תגנת הפרטיות
00-20032835-9 הודעת מ"ר ד"ר מיחל דוד אדמוני

הפניה למיון
גרינבלט קרן

לאור סבב בדיקות 10/10 מעקב משינה עם אירוע באנומליות של כריכת צמח
וחלשת רגליים- מופנית למיין לכדיקת CT דחופה

היסטוריה רפואית - בעית פליטה	אפיז	מ. גילוי
HYPERTRIGLYCERIDEMIA		27/05/2018
SMOKER		01/01/2018
HERPES SIMPLEX	REC	09/03/2020

היסטוריה רפואית - בעית בעבר	אפיז	מ. גילוי	מ. סיום
INC WBC=17.9- abs neut=10.6		01/12/2007	29/07/2018
UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION		01/10/2008	29/07/2018
bl flank pain		01/11/2008	28/07/2018
SMOKER		01/01/2006	01/01/2018
SMOKER		01/01/2006	01/01/2018
			29/07/2018

רגישות

ללא תוספת לואי

רשימת ל	תאריך	מספר ע"
לא רשם לתרופות		
לא ידע		
לא ידעה רשימת לתרופות		

תרופות קבועות	כמות	א. המטה	פעמים	ב.
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	מבליט	1	ביום
ACYCLOVIR TAB 400MG 400MG	1	מבליט	1	ביום
BEZAFIBRATE TAB 400MG 30 400MG	1	מבליט	1	ביום

החלטות והחלטות תרופה

147781

מספר רשיון

ד"ר יסמין דוד אדמו לוי

שם הרופא

1

התקף ההפניה למיין היה עד לסוף יום לפחות ממנו הפקתה

בעת זמן, ביטול, שינוי פונד התר יס למיין בבני פניג השירות את מספר החפלה הרשום מעלה.

גריןבלט קר
משה דוד
מ.ז. 20032835-9
מלד 13 09 20
מלד 12229132
מקרה
מרכז רפואי ת"א

מ.ת.ר. 1

הפניה למיין

גריןבלט קר

דף 2 מ 2

המסמך כולל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20032835-9 חודש ע"י ד"ר יסמין דוד אדמו לוי 13/09/2020

כח מ.א.ד.



מעורר המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

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

שם משפחה: גרינבלט	שם פרטי: קרן	ת.ז.: 200328359
תאריך לידה: 17/02/1988	גיל: 32	טלפון: 054-5450340
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הידרן 15 רמת גן 5228128

נחמי ביקור - תאריך ושעת קבלה: 13/09/2020 13:38 מספר מקרה: 12229132

סיים טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

כאבי גב

מחלה נוכחית

בת 32, בריאה בדכ
אינה נוטלת טיפול תרופתי

הגיעה עם הפניה של רופא משפחה בשל כאבי גב תחתון עזים בצד ימין מזה כשלושה ימים מעירים משינה בעוצמה של 10/10. אתמול נמדד חום 37.7 ללא צמרמורות, ואירוע חד פעמי של בריחת צואה בזמן העברת גזים לפני כחמישים ימים. ללא איבוד תחושה בפיזור של אוכף בין הרגליים, ללא חבלה. ללא חולים בסביבתה, ללא שיעול, קוצר נשימה, שיעול, איבוד טעם או ריח. לציין ברקע דלקת של הפופים

בבדיקתה:

מדדים חיוניים - חום - 37.4, לחץ דם - 114/74, דופק - 83, סטורציה באוויר חדר - 95, מתלוננת על כאבים בגב תחתון ימני, מתקשה לשבת ולעמוד
בבדיקתה קולות לב סדירים ולא מהירים, RR - 14, LRA סימני JVP, בטן רכה ולא רגישה ללא סימני HSM, ללא בצקות וללא סימני DVT, ללא חסר נוירולוגי, גס, מתהלכת, ללא רגישות בנזקש מתני

אבחנות במיין

- BACK PAIN (724.5)

321

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים
נתונים קליניים
מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
14:01 13/09/2020	37.4	114 / 74	83	95

בדיקת שתן

תאריך ושעה	שתן כללית
16:36 13/09/2020	+ SPOT

פעולות המשך

תאריך ושעה	VL1 הכנסה
14:45 13/09/2020	בוצע

בדיקות דם

תאריך ושעה	כימיה
14:45 13/09/2020	בוצע

נקזים וצנתרים

תאריך ושעה	VL1 הכנסה
14:45 13/09/2020	בוצע

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
14:01 13/09/2020	114 / 74	83

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	רוטינת בטן	CRP
14:45 13/09/2020	בוצע	בוצע	בוצע

מדדים סדציה

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
14:01 13/09/2020	37.4	114 / 74	83	95

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
18:37 13/09/2020	ממתין להחלטה, מטוש שלילי- החלטה
17:54 13/09/2020	ממתין להחלטה

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
14:01 13/09/2020	114 / 74	83

ביצוע תרופות

צורת מימן ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
amp 75 mg	13/09/2020 19:24	Once	VOLTAREN INJ 75 mg/3mL amp 75 mg
	לזר חגית		I.M

סיכום

הרושם שמדובר בסכיזופניה, טופלה בולטרן, נימחה, ללא חסר מריולוגי
כמו כן חום סובפברילי אך מעבדה שקטה, ללא רגישות על פני ע"ש כך שלדעתי סבירות שמדובר בתהליך זיהומי נמוך ביותר
לציין מטוש שלילי לקוביד
משתחררת במצב מלי משביע רצון

המלצות כלליות

- המלצה: 1. מעקב רופא מטפל
 2. טיפול באטופן לפי המרשם מצורף
 3. פיזיותרפיה בק"ח
 4. מעקב חום
 5. לשקול CT ע"ש בק"ח
 6. בכל החמרה נא לפנות לרופא
- חופשת מחלה: 5 ימים.

40

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לביפוק	אריזת לביפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				5 ימים	1 X 2 ביום	400 mg	P.O	ETOPAN (ETODOLAC)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפולן

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	13/09/20 17:39	13/09/20 16:23	13/09/20 15:45	13/09/20 15:44	13/09/20 15:39	13/09/20 15:37
תפקודי קרינ	PT, Sec - blood (Sec)	10.03-12.43		10.30				
תפקודי קריש	PT, INR	0.97-1.19		0.96				
תפקודי קרישו	PTT (Sec)	25.00-34.00		29.30				
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Specific gravity - stick	1.002-1.030			1.010			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	pH - stick	5.0-8.0			5.5			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Leucocytes - stick (leu/μL)	0-20			NEG			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Nitrite - stick				NEG			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Protein - stick (mg/dL)	0.0-15.0			NEG			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Glucose - stick (mg/dL)	0.0-30.0			NORMAL			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Ketone bodies - stick (mg/dL)	0.0-5			NEG			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Urobilinogen - stick (mg/dL)	0.0-2.0			NORMAL			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	Bilirubin - stick (mg/dL)	0.0-0.2			NEG			
ביוכימיה קלינית-בד. שתן כללית	BLD (U. HGB) - stick (mg/dL)	0.00-0.03			0.03			
ספירו	RBC (10e6/μL)	3.8-5.1					4.3	
ספירו	Hemoglobin (g/dL)	11.7-15.5					13.2	
ספירו	HCT (%)	35-45					39	
ספירו	MCV (fL)	80.0-96.0					89.5	
ספירו	MCH (pg)	26.0-34.0					30.5	
ספירו	MCHC (g/dL)	31.0-37.0					34.1	
ספירו	RDW (%)	0.0-15.0					13.3	
ספירו	NRBC/100 WBC (%)						0.1	
ספירו	WBC (10e3/μL)	4.0-11.0					9.3	
ספירו	Neutrophils % (%)	40.0-75.0					69.7	
ספירו	Neutrophils No. (10e3/μL)	1.4-6.0					6.5†	
ספירו	Lymphocytes % (%)	20.0-40.0					20.4	
ספירו	Lymphocytes No. (10e3/μL)	1.2-3.0					1.9	
ספירו	Mono% (%)	2.0-13.0					8.1	
ספירו	Monocytes No. (10e3/μL)	0.0-1.3					0.8	
ספירו	Eosinophils % (%)	0.0-6.0					1.0	
ספירו	Eosinophils No. (10e3/μL)	0.0-0.4					0.1	
ספירו	Basophils% (%)	0.0-1.9					0.8	

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	13/09/20 17:39	13/09/20 18:23	13/09/20 15:45	13/09/20 15:44	13/09/20 15:39	13/09/20 15:37
ספירת דם	Mean platelet volume (fL)	7.0-12.0						
ספירת דם	Neutrophils/lymphocytes ratio - blood						9.1	
וירולוגיה וסרולוגיה	Coronavirus COVID19 RT-PCR						3.4	
כימיה בדם	Glucose - blood (mg/dL)	70-110				שלייל		
כימיה בדם	Urea nitrogen (BUN) - blood (mg/dL)	<5-25						77
כימיה בדם	Sodium - blood (mmol/L)	135.0-146.0						9
כימיה בדם	Potassium - blood (mmol/L)	3.50-5.30						138.0
כימיה בדם	Chloride - blood (mmol/L)	95-110						3.80
כימיה בדם	Creatinine (mg/dL)	0.60-1.10						105
כימיה בדם	Bilirubin, total - blood (mg/dL)	<0.1-1.20						0.67
כימיה בדם	Bilirubin, direct - blood (mg/dL)	<0.1-0.30						0.28
כימיה בדם	Bilirubin, indirect - blood (mg/dL)	0.00-0.60						<0.1
כימיה בדם	Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood (U/L)	<8-35						0.20
כימיה בדם	Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood (U/L)	6-28						18
כימיה בדם	CRP (WIDE RANGE) (mg/L)	<0.03-5.00						15
כימיה בדם	Troponin I - blood (ng/L)	0-50						3.20
כימיה בדם	Lipase - blood (U/L)	<9-51						<2.50
אנדוקרינולוגיה - שתן	hCG Chorionic gonadotropine, qualitative - urine (U/L)		שלייל					39

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
לזר חגית	אחות משחררות	13/09/2020 19:27

רופאה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	רופאה משחרר	13/09/2020 19:21

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

בפנייה חוזרת למיין או בפנותן למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמך נחתם בתאריך: 24.1.21

בקשה מוסכמת למינוי מומחה אורתופדי

התובעת:

קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359

מרחוב הירדן 5, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נגד -

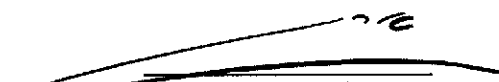
הנתבעת:

התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון

התובעת מתכבדת לפנות בבקשה כדלקמן:

1. בין הצדדים מתנהל מו"מ ענייני.
2. על מנת לנסות ולקדם את הליכי המו"מ מחוץ לכותלי בית המשפט הנכבד, הסכימו הצדדים, בשלב זה, על מינוי מומחה אורתופדי לצורך בדיקת התובעת וקביעת נכותה כתוצאה מן התאונה.
3. יובהר, כי אין באמור כדי להוות ויתור על טענות התובעת בדבר מינוי מומחים נוספים, אולם, מינוי אורתופד כבר בשלב זה עשוי לסייע לצדדים.
4. לאור האמור לעיל, מתבקש בית המשפט הנכבד למנות מומחה אורתופדי לצורך בדיקת התובעת וקביעת נכותה.
5. בהתאם להסכמת הצדדים הנתבעת תישא בתשלום שכר טרחת המומחה האורתופדי.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

זמן ביצוע הפעולה: 18:00 24/01/2021
מספר תיק: 7314-10-20
סוג בקשה: מתן החלטה
מספר אסמכתא למעקב: 5108584

על המגיש לשמור את מספר האסמכתא לשם קבלת מידע אודותיו
המסמך הועבר לבדיקת מזכירות.

• אם יאושר, יתניק בתיק ומועד ההגשה החוקי יחושב לפי זמן ביצוע הפעולה באתר ולא לפי תאריך האישור במזכירות.
כמו כן, יופק אישור שיוצג בתיקיית תיק נייר.

• אם לא יאושר, תשלח למגיש הודעה על כך.

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 24/01/2021 18:06
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	24/01 18:06
FAX NO. /NAME	9620909
DURATION	00:00:30
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

בבית משפט השלום

ת.א. 7314-10-20

ברחובותבפני כב' השופטת שרון צנציפר-הלפמן

מסמך נחתם בתאריך: 24.1.21

בקשה מוסכמת למינוי מומחה אורתופדיהתובעת:**קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359**

מרחוב הירדן 5, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעת:**התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"**

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון

התובעת מתכבדת לפנות בבקשה כדלקמן:

1. בין הצדדים מתנהל מו"מ ענייני.
2. על מנת לנסות ולקדם את הליכי המו"מ מחוץ לכותלי בית המשפט הנכבד, הסכימו הצדדים, בשלב זה, על מינוי מומחה אורתופדי לצורך בדיקת התובעת וקביעת נכותה כתוצאה מן התאונה.

הפול

ביטוח • חובה • שירות



תאריך: 18/01/2021

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ גרינבלט קרן נושא ת.ז. מס 200328359 שכתובתי היא טרומפלדור 00000 26 בני ברק (להלן "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן: הואיל ובתאריך 10/11/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונה דרכים ב- (להלן "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטעמתי נזק גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ובאיתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן "המבוטחים") וכן עם גרינבלט קרן (להלן "המבוטחים") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה. לכן הנני מאשר/ת ומצהיר/ת ומתחייב/ת כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, עו"ד, הינו סך של 25,000.00 ₪ (עשרים וחמישה אלף ש"ח). הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ והתיימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומתחילת באופן סופי ומחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא; שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהיוו כיום וכפי שיהיה בעתיד ועל פי חוק שיתקן וגם/או יבא במקום דין הקיים היום או שיוזקק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבוטחים או המבוטחים ואין בו הודאה כלשהי בזכותי, או כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעותי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבוטחים והמבטחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחדר בגין כל תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עברו קבלתי פיצוי מהמבוטחים ו/או מהמבוטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט תוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית, ולמעט
- הנני מצהיר כי למרות שתתאונה הינה תאונה עבודה, טרם פניתי למל"ל ו/או טרם קיבלתי מהמל"ל סכום כלשהו על חשבון התגמולים שיגיעו לי אם בכלל מהמל"ל.
- לאור זאת הנני מצהיר כי במסגרת הפיצויים המשולמים לי על פי שטר קבלה זה לא טכח מסכום הפיצויים כל סכום על חשבון התגמולים הנ"ל.
- מוצד בזה כי הפיצויים כוללים גם פיצוי גם בגין תוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, ככל שאני זכאי לפיצוי בזה לרבות תוצאות בגין פינוי באמבולנס ככל שהיה.
- ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.
- ידוע לי שהביטוח באמצעות המבטח הוא על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בתעודת ביטוח (להלן: "תעודת"). עוד ידוע לי שחלקה באחריות של כל מבטחת המשתתפת בביטוח המשותף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) הנקוב בתעודה לצד שמה, ואין מבטחת משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בתכונות של מבטחת משתתפת אחרת. לפיכך, מבטחת שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
- הנני מצהיר כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה מקרן פנסיה בגין התאונה.
- במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
- הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי ב"ש שלום - רחובות ת.א. 73141020.
- התשלום יבוצע בתוך 30 ימים ממועד התקיימות התנאים הקבועים בהסכם לתשלום.
- תשלום עפ"י הסכם זה יבוצע באמצעות העברה בנקאית, אלא אם כן בחר המוטב לקבלם בדרך אחרת.
- הריני מבקש להעביר התשלום באמצעות המחאה/ העברה בנקאית (סמן הבחירה המבוקשת) העברה בנקאית תבוצע לחשבון טאמנות מס. בנק. סניף. שם החשבון. מצ"ב צילום מעל 100 אש"ח - אישור הבנק על פתיחת חשבון טאמנות ספציפי) • במקרה שבו לא העביר המוטב את הפרטים והמסמכים הנדרשים לשם ביצוע העברה בנקאית התשלום יבוצע באמצעות המחאה.

* הריני מצהיר כי לא עמדתי בפני ועדה רפואית של המל"ל ולא נקבעה לי כל קביעה בנוגע לנכות בגין התאונה הנדונה.

לראיה באיתי על החתום:

היום _____ בתורש _____ שנת _____ חתימה _____
עד לחתימה _____ (שם וכתובת מלאים)

אני החתום מטה _____ עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצו הטוב והזדוני ואשר הודה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו. ולאחר שהתייעצו עמי בכל הנוגע לפרטי הכתב הנ"ל

תאריך: _____ חתימה _____ עו"ד _____
מס. התביעה: 2020000005029 פוליסה: 771700268119 על שם: גרינבלט קרן

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	18-01-2021 12:07:37	תאריך ושעה
Pages	2	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך: 18/01/2021
מספרנו: 2020000005029
מספרך:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
לצרכי מ"מ לפשרה בלבד

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 0000000

א.ג.ב.,

הנדון: ת"ד מיום 10/11/2019 -
שם נפגע/ת - גרינבלט קרן
מס. רכב - 9935553
שם הפוליסה - אופנוע בבעלות פרטית
מספר פוליסה - 771700268119
שם המבוטח - גרינבלט קרן
סוג הכיסוי הביטוחי - ביטוח חובה

בהמשך לשיחתנו הטלפונית מיום 18/01/2021.
עלינו להודיעך כי מרשך מחזיק בתעודת ביטוח הכוללת תנאי של השתתפות עצמית
לפיה ינוכה מהפיצויים שיגיעו למרשך, אם בכלל, סכום של 25,000.00 ש"ח
מהמק הלא ממוני 7-ימי אי-כושר. לאחר בחינת התיק נהיה מוכנים לסלק התביעה
בסך של 25,000 ש"ח לאחר ניכוי השתתפות עצמית החלה עליה בהתאם לתנאי
תעודת הביטוח.
רצ"ב כתב קבלה ע"ס 25,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

כתב קבלה זה מבטל את כתב הקבלה הקודם.

מצ"ב הצעתנו המשופרת לסיום התיק בפשרה.
לתשומת לבך, הצעתנו הינה מעבר להשתתפות העצמית.
לחילופין, סכים כי תוגש על ידך בקשה לבימ"ש לקביעת זהות המזמחה
בתחום האורטופדיה בלבד.
נא העבר העתק מהבקשה וההחלטה.

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי

לתשומת לבך: לא ינובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

הריני להודיעך כי זכותך להשיג על ההחלטה הנ"ל בפני הממונה על פניות הציבור הגב' אוסנת גרוסמן וזאת באמצעות פניה בכתב
לכתובת הרשומה לעיל או לפקס שמספרו 03-9519141 או למייל שכתובתו mail@pool.org.il
כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

נטלי אברהם, עו"ד
מחלקת תביעות

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

27.12.20



לכבוד
נטלי אברהם, עו"ד
המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרון גרינבלט, ת.ז. 200328359
מס' תביעה: 2020000006029

1. בהמשך לשיחתנו ולמכתבך, מצ"ב תלושי שכר.
2. כן, מצ"ב קבלות בגין טיפול אישי-נפשי לו נזקקת מרשתי מחמת התאונה ותוצאותיה.
3. אודה לקבלת הצעה מקסימלית המגלמת סיכוי לנכות בתחום האורתופדי ובתחום הנפשי.
4. ככל ואין באפשרותך ליתן הצעה שכזו, אודה להגשת כתב הגנה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 27/12/2020 10:52
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	27/12 10:43
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:09:00
PAGE(S)	36
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

27.12.20

לכבוד
 נטלי אברהם, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.ג.

הנדון: קרו גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029

1. בהמשך לשיחתנו ולמכתבך, מצ"ב תלושי שכר.
2. כן, מצ"ב קבלות בגין טיפול אישי-נפשי לו נזקקת מרשתי מחמת התאונה ותוצאותיה.
3. אודה לקבלת הצעה מקסימלית המגלמת סיכוי לנכות בתנאים האורתופדי ובתנאים הנפשי.
4. ככל ואין באפשרותך ליתן הצעה שכזו, אודה להגשת כתב הגנה.

צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
 תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
 מחלקה: Smb products 11363
 תלוש שכר לחודש: אוקטובר 2019

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בשי"ח
סך-כל התשלומים	28,000.00
ניכויי חובה-מסים	9,028.00
קופות גמל	2,240.00
שכר נטו	16,732.00
קופות גמל רשות	80.94
ניכויי רשות	4,332.00
נטו לתשלום	12,319.06

נאמן למקור



גרינבלט קרן 3754

הירדן, 15

רמת גן 5228128

Smb products 11363

רפרנט משאבי אנוש Yael nir

תפקיד Team leader

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
21404543	855	10

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,272.73
תעריף שעה	153.85

נתונים נוספים

נתונים אישיים	
מספר זהות	200328359
מצב משפחתי	רווקה
תאריך לידה	17/02/1988
קופת-חולים	כללית
ביטוח-לאומי	רגיל
מס חודשי מצטבר	מס הכנסה
נתוני העסקה	
התחלת עבודה	12/08/2012
הסכם	Global
מעמד	גלובלי
נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	28,872
אחוז מס שולי	35%
נקודות זיכוי	2.75
ברוטו לב לאומי	28,872

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
תשלומים בגין משרה						
001	שכר בסיס					21,840.00
002	ש.נ.ס. גלובליות					5,460.00
004	נסיעות-הוצאות					700.00
סה"כ תשלומים בגין משרה						
28,000.00						
זקיפות שכר						
סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום הגילום
425	שווי ארוחות		25.50		14.00	357.00
434	ש. ביטוח-בריאות					13.35
499	קה"ש מעל תיקרה					501.60
סה"כ זקיפות שכר						
871.95						
סה"כ תשלומים						
28,000.00						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
6,088.00	1,614.00		1,326.00		9,028.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	הפרשת מעסיק	אחוז הניכוי	סכום הניכוי
קופות גמל								
011	מקפת אישית	קצבה שכיר-תג.		19,600.00	6.50	1,274.00	6.00	1,176.00
011	מקפת אישית	פיצויים		19,600.00	8.33	1,632.68		
033	מגדל קצבה	קצבה שכיר-תג.		8,400.00	6.13	514.92	6.00	504.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,400.00	8.33	699.72		
073	מגדל א.כ.ע.	א.כ.ו.ש. עבודה		28,000.00	3.37	103.60		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	22,400.00	7.50	1,680.00	2.50	560.00
סה"כ קופות גמל								
2,240.00								
קופות רשות								
390	ב.בריאות פניקס					13.35		80.94
סה"כ קופות רשות								
80.94								
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל								
2,320.94								

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	280,775
ברוטו לא קבוע	56,638
שווי למס	17,287
שווי כסף נטו	500
גילום מס	330
גילום ב.ל.	113
מס רגיל	58,103
מס על ברוטו לא קבוע	19,823
הכנסה לא מבוטחת	66,355
ניכוי לסעיף 45א	16,320
ערך נקודות זיכוי	5,995
הכנסה חייבת במס	338,355
שכר חייב ב.ל.	338,355

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
25	25	25	25	25	25
07	08	09	10		
25	25	25	25		
סי"ח					250

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אישה	0.50

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מיתאריך	תקופה	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
625	חיוב ארוחות							132.00
630	ניכוי-Essp							4,200.00
סה"כ ניכויי רשות								
4,332.00								

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	217,600.00	16,320.00	4,536.00	7.50
תגמולים לקצבה	272,000.00	17,378.10		6.39

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	22.00	15.81	1.83	2.50	18.33	25.50	15.14
מחלה	18.00	46.49	1.50		15.00	7.50	47.99

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר: מ-01/10/19 עד 31/10/19
התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/10/19 עד 31/10/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה שבהם 159.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 13 ימי עבודה שבהם 109.28 ש"ע בפועל
ותק אצל המעסיק 7 שנים 3 חודשים
שכר לקצבה 28,000 שכר לבניטוח אובדן כושר עבודה 28,000
שכר לקרן השתלמות 22,400
סך כל הניכויים: 15,680.94 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* תעריף יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות.
* מדיניות צבירת ימי חופש: מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים. יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי. לפרטים נוספים אנא הכנסו לפורטל הארגוני.

צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
 תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
 מחלקה: Smb products 11363
 תלוש שכר לחודש: אוגוסט 2019

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בשי"ח
סך-כל התשלומים	28,000.00
ניכויי חובה-מסים	11,449.00
קופות גמל	2,240.00
שכר נטו	14,311.00
קופות גמל רשות	81.03
ניכויי רשות	1,555.34
נטו לתשלום	12,674.63

נאמן למקור



גרינבלט קרן 3754

הירדן, 15

רמת גן 5228128

Smb products 11363

רפרנט משאבי אנוש Yael nir

תפקיד Team leader

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
21404543	855	10

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,272.73
תעריף שעה	153.85

נתונים נוספים

נתונים אישיים	מספר זהות
מצב משפחתי	200328359
תאריך לידה	17/02/1988
קופת-חולים	כללית
ביטוח לאומי	רגיל
מס חודשי מצטבר	מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה	התחלת עבודה
הסכם	12/08/2012
מעמד	Global
מס	גלובלי
נתונים חודשיים	ברוטו למס הכנסה
אחוז מס שולי	34,019
נקודות זיכוי	35%
ברוטו לב לאומי	2.75
ברוטו לכל ב.ק.	29,076
	4,943

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
תשלומים בגין משרה						
001	שכר בסיס					21,840.00
002	ש.נוס. גלובליות					5,460.00
004	נשיות-הו.נלוות					700.00
	סה"כ תשלומים בגין משרה					28,000.00
סמל	תיאור	תעריף	אחוז	כמות	סכום הזקפה	סכום הגילום
420	שווי Espp alt1				4,943.38	
425	שווי ארוחות	25.50		22.00	561.00	
434	ש. ביטוח בריאות				13.37	
499	קה"ש מעל תיקרה				501.60	
	סה"כ זקיפות שכר				6,019.35	
	סה"כ תשלומים					28,000.00

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
7,890.00	1,975.00	1,584.00			11,449.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	הפרשת מעסיק	אחוז הניכוי	סכום הניכוי
קופות גמל								
011	מקפת אישית	קצבה שכיר-תג.		19,600.00	6.50	1,274.00	6.00	1,176.00
011	מקפת אישית	פיצויים		19,600.00	8.33	1,632.68		
033	מגדל קצבה	קצבה שכיר-תג.		8,400.00	6.13	514.92	6.00	504.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,400.00	8.33	699.72		
073	מגדל א.כ.ע.	א.כושר עבודה		28,000.00	37	103.60		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	22,400.00	7.50	1,680.00	2.50	560.00
	סה"כ קופות גמל					5,904.92		2,240.00
קופות רשות								
390	ב.בריאות פניקס					13.37		81.03
	סה"כ קופות רשות					13.37		81.03
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					5,918.29		2,321.03

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	ברוטו לא קבוע	שווי למס	שווי כסף נטו	גילום מס	גילום ב.ל.	מס רגיל	מס על ברוטו לא קבוע	הכנסה לא מבוטחת	ניכוי לסעיף 45א	ערך נקודות זיכוי	הכנסה חייבת במס	שכר חייב ב.ל.
222,929	56,638	15,442	500	330	113	45,891	19,823	64,510	12,960	4,796	280,510	280,510
									35%			

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
25	25	25	25	25	25
07	08				
25	25				
ס"ח	200				

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	אישה
2.25	0.50

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מתאריך	תקופה/מספר פעמים	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
625	חיוב ארוחות							204.00
630	ניכוי Espp							4,200.00
631	מקדמות מס Espp							-2,848.66
	סה"כ ניכויי רשות							1,555.34

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	172,800.00	12,960.00	3,532.80	7.50
תגמולים לקצבה	216,000.00	13,800.26		6.39

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
הופשה	22.00	13.64	1.83		14.66	21.50	15.47
מחלה	18.00	44.99	1.50	1.50	12.00	7.50	44.99

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר : מ-01/08/19 עד 31/08/19
התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות : מ-01/08/19 עד 31/08/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 21 ימי עבודה שבהם 189.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה שבהם 182.42 ש"ע בפועל
ותק אצל המעסיק 7 שנים 1 חודשים
שכר לקצבה 28,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 28,000
שכר לקרן השתלמות 22,400
סך כל הניכויים : 15,325.37 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* תעריף יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות.
* מדיניות צבירת ימי חופש :
מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים.
יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי.
לפרטים נוספים אנא הכנסו לפורטל הארגוני.

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	28,000.00
ניכויי חובה-מסים	9,077.00
קופות גמל	2,240.00
שכר נטו	16,683.00
קופות גמל רשות	80.79
ניכויי רשות	4,356.00
נטו לתשלום	12,246.21

נאמן למקור



Check Point
SOFTWARE TECHNOLOGIES LTD.

צ"ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
מחלקה: Smb products 11363
תלוש שכר לחודש: ספטמבר 2019

גרינבלט קרן 3754

הירדן, 15

רמת גן 5228128

Smb products 11363

רפרנט משאבי אנוש Yael nir

תפקיד Team leader

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
21404543	855	10

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,272.73
תעריף שעה	153.85

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות: 200328359
מצב משפחתי: רווקה
תאריך לידה: 17/02/1988
קופת-חולים: כללית
ביטוח לאומי: רגיל
מס הכנסה: מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה: 12/08/2012
הסכם: Global
מעמד: גלובלי
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה: 28,974
אחוז מס שולי: 35%
נקודות זיכוי: 2.75
ברוטו לב לאומי: 28,974

פרוט התשלומים

פרוט התשלומים						סמל	תיאור					
						סכום לתשלום	כמות	אחוז	תעריף	למידע		
						21,840.00						
						5,460.00						
						700.00						
						28,000.00						
						סה"כ תשלומים בגין משרה						
						תשלומים בגין משרה						
						001	שכר בסיס					
						002	ש.נוס. גלובליות					
						004	נסיעות+ח.נלוות					
						זקיפות שכר						
						סמל	תיאור	תעריף	אחוז	כמות	סכום הזקיפה	סכום הגילום
						425	שווי ארוחות	25.50		18.00	459.00	
						434	ש.ביטוח בריאות				13.33	
						499	קה"ש מעל תיקרה				501.60	
							סה"כ זקיפות שכר				973.93	
						סה"כ תשלומים					28,000.00	

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	חפשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	חפשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
6,124.00	1,621.00		1,332.00		9,077.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	חפשי מעסיק	אחוז ניכוי	סכום הניכוי
קופות גמל								
011	מקפת אישית	קצבה שכיר-תג		19,600.00	6.50	1,274.00	6.00	1,176.00
011	מקפת אישית	פיצויים		19,600.00	8.33	1,632.68		
033	מגדל קצבה	קצבה שכיר-תג		8,400.00	6.13	514.92	6.00	504.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,400.00	8.33	699.72		
073	מגדל א.כ.ע.	א.כ.ע. עבודה		28,000.00	.37	103.60		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	22,400.00	7.50	1,680.00	2.50	560.00
	סה"כ קופות גמל					5,904.92		2,240.00
קופות רשות								
390	ב.בריאות פניקס					13.33		80.79
	סה"כ קופות רשות					13.33		80.79
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					5,918.25		2,320.79

סכומים מצטברים לשנת המס

251,903	ברוטו רגיל
56,638	ברוטו לא קבוע
16,415	שווי למס
500	שווי כסף נטו
330	גילום מס
113	גילום ב.ל.
52,015	מס רגיל
19,823	מס על ברוטו לא קבוע
65,483	הכנסה לא מבוטחת
14,640	ניכוי לסעיף 45א 35%
5,396	ערך נקודות זיכוי
309,483	הכנסה חייבת במס
309,483	שכר חייב ב.ל.

יחידות מס

06	05	04	03	02	01
25	25	25	25	25	25
09	08	07			
25	25	25			
225					

פרוט נקודות זיכוי

2.25	תושב ישראל
0.50	אישה

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מספר תעריף	תקופה/יתרה	מספר פעמים	מספר	סימולין	סכום הניכוי
625	חיוב ארוחות							156.00
630	ניכוי Esp							4,200.00
	סה"כ ניכויי רשות							4,356.00



נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	195,200.00	14,640.00	4,034.40	7.50
תגמולים לקצבה	244,000.00	15,589.18		6.39

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	22.00	15.47	1.84	1.50	16.50	23.00	15.81
מחלה	18.00	44.99	1.50		13.50	7.50	46.49

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר: מ-01/09/19 עד 30/09/19
 התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/09/19 עד 30/09/19
 בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 176.00 שעות עבודה
 בתקופת ניתוח הנוכחות 18 ימי עבודה שבהם 162.18 ש"ע בפועל
 ותק אצל המעסיק 7 שנים 2 חודשים
 שכר לקצבה 28,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה: 28,000
 שכר לקרן השתלמות 22,400
 סך כל הניכויים: 15,753.79 ש"ח
 שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* תעריף יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות.

* מדיניות צבירת ימי חופש:

מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים.
 יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי.
 לפרטים נוספים אנא הכנסו לפורטל הארגוני.

הסטורית תרופות שנקטו

ידי ק"מ ג'סר
מחוז אזור 200328365

הקופה בעצ עליו המאפינים הבאים:

שם תרופה: הכל

שם התרופה שישלח את התרופה: הכל
04.2020 עד מאי 11.2019

תוצאות 1-14 תרופות מתוך 14 שנמצאו

תרופה זמנית

תאריך רישום

שם התרופה

כמות שנקטת

גילם על ידי

05.03.2020	OPTALGIN DRP 500MG/1ML 15ML (D)	1	ג'סר 12 פני יעל
05.03.2020	CLONEX 0.5 MG TAB	30	ג'סר 12 פני יעל
05.03.2020	ESCITALOPRAM TEVA 10MG(M) TAB	30	ג'סר 12 פני יעל
		30	ג'סר 12 פני יעל
19.02.2020	DEXAMOL 500MG CPL 20 (D)	30	ג'סר 12 פני יעל
		20	ג'סר 12 פני יעל
		20	ג'סר 12 פני יעל
03.02.2020	MUSCOL TAB	10	ג'סר 12 פני יעל
03.02.2020	ETOPAN 400MG XL (M) TAB	1	ג'סר 12 פני יעל
		30	ג'סר 12 פני יעל
26.11.2019	CLONEX 0.5 MG TAB	10	ג'סר 12 פני יעל
26.11.2019	ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	ג'סר 12 פני יעל
19.11.2019	ETOPAN 400MG XL (M) TAB	1	ג'סר 12 פני יעל
19.11.2019	VALERIAN (FLORISH) TRA		

✓



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 31.09 מין: נ

גרינבלט קרן

מס' זהות: 00-20032835-9

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC ER 400MG TAB 400MG

999001401

(ETOPAN 400MG XL (M) TAB, ETODOLAC ER TEVA(M)400MG(21)T)

למשך 7 ימים סה"כ 7 יח

טבליות 1x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 25/02/2020 - 26/11/2019

CLONAZEPAM TAB 0.5 MG 0.5MG

999000935

(RIVOTRIL 0.5MG TAB, CLONEX 0.5 MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 26/12/2019 - 26/11/2019

מס' רישיון



085050

שם הרופא ד"ר (רופא) פני יעל גז
תחום: רפואת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



015106937473

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 31.09 מין: נ

גרינבלט קרן

מס' זהות: 00-20032835-9

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC 400MG TAB 400MG

999019725

(ETOPAN 400MG (M) TAB, ETODOLAC-400MG TEVA(M) TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 02/03/2020 - 02/12/2019

מס' רישיון



085050

שם הרופא ד"ר (רופא) פני יעל גז
תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גברית זהה שאושרה על ידי הקופה
לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 31.11 מין: נ

גרינבלט קרן

מס' זהות: 00-20032835-9

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC ER 400MG TAB 400MG

999001401

(ETOPAN 400MG XL (M) TAB, ETODOLAC ER TEVA(M)400MG(21)T)

למשך 10 ימים סה"כ 10 יח

טבליות 1 x1 ביום

תוקף מרשמים: 04/05/2020 - 03/02/2020

מס' רישיון



085050

שם הרופא ד"ר (רופא) פני יעל גז
תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה
לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 32.00 מין: נ

גרינבלט קרן

מס' זהות: 00-20032835-9

ביקור עקב תאונת עבודה

ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

999001291

(ESTO 10 MG (M) TAB, ESCITALOPRAM TEVA 10MG(M) TAB, CIPRALEX 10MG(M) TAB)

למשך 28 ימים סה"כ 28 יח

טבליות 1x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 08/04/2020 - 09/03/2020 06/05/2020 - 06/04/2020 03/06/2020 - 04/05/2020 01/07/2020 - 01/06/2020

CLONAZEPAM TAB 0.5 MG 0.5MG

999000935

(RIVOTRIL 0.5MG TAB, CLONEX 0.5 MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 08/04/2020 - 09/03/2020

מס' רישיון



085050

שם הרופא ד"ר (רופא) פני יעל גז
תחום: רפואת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 31.09 מין: נ

גרינבלט קרן

מס' זהות: 00-20032835-9

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC ER 400MG TAB 400MG

999001401

(ETOPAN 400MG XL (M) TAB, ETODOLAC ER TEVA(M)400MG(21)T)

למשך 7 ימים סה"כ 7 יח

טבליות x1 1 ביום

תוקף מרשמים: 18/02/2020 - 19/11/2019

MUSCOL TAB CF

111870039

למשך 7 ימים סה"כ 21 יח

טבליות x1 3 ביום

תוקף מרשמים: 18/02/2020 - 19/11/2019

VALERIAN DROPS 10ML TRA CF CF

999021312

(VALERIAN TRA, VALERIAN (FLORISH) TRA)

למשך 7 ימים סה"כ 1 יח

טיפות x 2 ביום

תוקף מרשמים: 18/02/2020 - 19/11/2019

מס' רישיון



085050

שם הרופא ד"ר (רופא) פני יעל גז
תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

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.

1.12.20

לכבוד
נטלי אברהם, עו"ד
המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרון גרינבלט, ת.ז. 200328359
מס' תביעה: 2020000006029

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 30.11.20 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. ככל הנראה איננו רואים את התיק עין בעין. למרשתי טענה לנכות במספר תחומים.
2. בנסיבות, אודה להגשת כתב הגנה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 01/12/2020 11:14
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	01/12 11:14
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:00:17
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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.

1.12.20

לכבוד
 נטלי אברהם, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 30.11.20 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. ככל הנראה איננו רואים את התיק עין בעין. למרשתי טענה לנכות במספר תחומים.
2. בנסיבות, אודה לחגשת כתב הגנה.

הפול

ביטוח • חובה • שיוזרי



30/11/2020
2020000005029

תאריך :
מספרנו:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
לצרכי מ"מ לפשרה בלבד

לכבוד:
פרייברג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
0000000 רמת גן

א.ג.ג.,

הנדון:	ת.ד. מיום	10/11/2019
	מס' רכב	9935553
	שם נפגעת/ת	גרינבלט קרן
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית
	מספר הפוליסה	771700268119
	שם המבוטח	גרינבלט קרן
	סוג הכיסוי	רכב חובה

לאחר בדיקת המקרה כמפורט בטופס תביעתך, עלינו להודיעך כי אנו נאלצים לדחות תביעתך וזאת מן הנימוקים שלהלן:

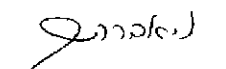
השתתפות עצמית

מרשך מחזיק בתעודת ביטוח הכוללת התניה של השתתפות עצמית לפיה ינוכה מסך הפיצוי המגיע לו, אם בכלל, עד סכום של 25000 ש"ח מהנזק הלא ממוני וכן 7 ימי אי כושר. מאחר ונזקי מרשך אינם עולים על הסך האמור אין לו זכאות לקבלת פיצוי כלשהו. הנך מופנה למסמכים/ההוראות:

1. תעודת הביטוח עליה מצויינת תניית ההשתתפות העצמית.
2. סעיף 4 לפוליסה התקנית כהגדרתה בתקנות הפיקוח של שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאי חוזה לביטוח חובה של רכב מנועי), תש"ע 2010.
3. סעיף 3 א.א. (א) לפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 ותקנות ביטוח רכב מנועי (השתתפות עצמית) (הוראת שעה) תשס"ט 2008 אשר הוארכו ביום 29.3.2012.

מיעוץ רפואי שקיבלנו, ועל סמך התיעוד הרפואי שברשותנו, למרשתך לא נותרה נכות כתוצאה מהתאונה. מאחר וגובה הפיצוי נבלע בתניית ההשתתפות העצמית אנו נאלצים לדחות דרישתך לפיצוי. נא פועלך למחיקת התביעה כנגד חברתנו. לחילופין, נא הודיעני האם יש צורך להוציא התיק להגנה.

בכבוד רב,


נטלי אברהם, עו"ד
מחלקת תביעות

הפול שומרת לעצמה הזכות להוסיף נימוקים נוספים לדחיה באם תוודע לה עובדה חדשה, או בשל שינויים במצב משפטי שיחול בדיון, בפסיקת בית משפט או מכל סיבה חוקית אחרת.

הריני להודיעך כי זכותך להשיג על ההחלטה הנ"ל בפני הממונה כל פניות הציבור הגב' אוסנת גרוסמן וזאת באמצעות פניה בכתב לכתובת הרשומה לעיל או לפקס שמספרו 03-9519141 או למייל שכתובתו mail@pool.org.il כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	30-11-2020 16:45:51	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Fwd: מסמכים תאונה

1 message

Keren Greenblat <kerennn17@gmail.com>
To: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Wed, Sep 16, 2020 at 11:26 AM

היי אריאל, מה שלומך?

מצ"ב המסמכים הבאים:

1. פיזיותרפיסט - סדרה 1 - אישור
2. פיזיותרפיסט - סדרה 2 - אישור + סיכום
3. אורתופד - סיכום + הפניה לסדרת פיזיותרפיה נוספת
4. אורתופד - סיכום דומה + הפניה למרפאת כאב
5. סיכומי מרשמים מהחודשים האחרונים:
- * 19.11.19 - מוסקול (כדור חזק לכאבי גב), אטופן (כדור חזק אנטי דלקתי), וואליריאן (טיפות טבעיות להרגעה)
- * 26.11.19 - מרשם נוסף לאטופן + קלונקס (כדור הרגעה)
- * 2.12.19 - מרשם נוסף לאטופן
- * 3.2.20 - מרשם נוסף לאטופן
- * 9.3.20 - מרשם לקלונקס נוסף לקלונקס וציפרלקס (גם כדור הרגעה לשימוש יומיומי)

ללא מרשמים נרכשו גם על בסיס קבוע אופטלגין נוזלי להקלה בכאבים, השתמשתי בזה כי את האטופן לוקחים רק פעמיים ביום והיה צריך טיפול משלים.

6. יכולה לצרף גם הפניה מטעם האורתופד לדיקור סיני.

7. בהמלצת הפיזיותרפיסט גם ביקרתי 4-5 פעמים ברפואה משלימה וקיבלתי טיפול מאוסטאופת.

לידיעתך, אני עדיין מתקשה בביצוע כושר גופני, אני לא גולשת ולא יכולה לרוץ. לאחרונה קצת ניסיתי לרוץ מרחקים קצרים (ק"מ 1-2) למרות הכאבים בגב, ותקפו אותי כאבי גב עזים שמקרינים לרגל שאילצו אותי לבקר במיון ביום ראשון האחרון. אם תרצה ארחיב על כך בטלפון, אני לא יודעת אם אפשר להסיק שהתאונה היא הסיבה להתפרצות הכאבים שהיו לי. מוזמן לקרוא כאן מה הייתה האבחנה (זה נקרא סיאטיקה).

שתהיה שנה טובה, הרבה בריאות והצלחה,
קרן גרינבלט.

5 attachments

- אורתופד הפניה למרפאת כאב.pdf
1325K
- אורתופד סיכום 1.pdf
514K
- פיזיו סדרה 1.pdf
694K
- פיזיו סדרה 2+ סיכום.pdf
957K
- סיכום מרשמים - קרן גרינבלט.pdf
650K

החשבוש באגד ע"פ המאפיינים הבאים:

שם תרופה הכל
שם החשבוש שרשמה את התרופה הכל
תאריך: 11.2019 עד תאריך: 04.2020

הצגות 1-14 תרופות מתוך 14 שנמצאו

תרופה קבוצה	תאריך רכישת	שם התרופה	כמות שנצרכה	רשם על ידי
09.03.2020		OPTALGIN DRP 500MG/1ML 15ML(D)	1	ד"ר גז פני יעקב
09.03.2020		CLONEX 0.5 MG TAB	30	ד"ר גז פני יעקב
09.03.2020		ESCITALOPRAM TEVA 10MG(M) TAB	30	ד"ר גז פני יעקב
			30	ד"ר גז פני יעקב
			30	ד"ר גז פני יעקב
19.02.2020		DEXAMOL 500MG CPL20 (D)	20	ד"ר גז פני יעקב
			20	ד"ר גז פני יעקב
		MUSCOL TAB	20	ד"ר גז פני יעקב
03.02.2020			10	ד"ר גז פני יעקב
03.02.2020		ETOPAN 400MG XL (M) TAB	1	ד"ר פלד יואל בן
			30	ד"ר גז פני יעקב
26.11.2019		CLONEX 0.5 MG TAB	10	ד"ר גז פני יעקב
26.11.2019		ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	ד"ר גז פני יעקב
19.11.2019		ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	ד"ר גז פני יעקב
19.11.2019		VALERIAN (FLORISH) TRA	1	ד"ר גז פני יעקב

✓

היסטוריית תרופות שנקנו

שם המטופל:
תאריך: 20/03/2020

החתימה: [חתימה]

שם המטופל: [שם המטופל]
תאריך: 11.10.2019 עד 04.2020

שמות תרופות נותרו 14 שנים

שם התרופה	כמות שנקנתה	תאריך רכישת	ירידה קבועה
CPTALGIN DRP 500MG/10ML 10ML (D)	1	09.03.2020	
CLONEX 0.3 MG TAB	30	08.03.2020	
ESCITALOPRAM 10MG 10MG (M) TAB	30	09.03.2020	
DEKAMOL 500MG CPL30 (D)	30	19.02.2020	
MUSCOL TAB	20	03.02.2020	
ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	03.02.2020	
CLONEX 0.3 MG TAB	20	26.11.2019	
ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	26.11.2019	
ETOPAN 400MG XL (M) TAB	10	19.11.2019	
VALERIAN (FLORISH) TRA	1	19.11.2019	

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה					



מעסיק וכבוד, נא ע"ן בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
"טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט".

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכיים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר		מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון פקס	

לכבוד קופת חולים / בית חולים מלוא אינפוז ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר ☐ נא להגיש עזרה רפואית ל:

שם פרטי		שם משפחה		פרטי החובע	
קוב				זרנהאט	
מס' בית		כניסה		דירה	
15		/		1	
מיקוד		יישוב		מספר זהות / דרכון	
5228128		רמת גן		9 5 3 8 2 0 0 2	
טלפון קווי		טלפון נייד		זכר ☐ נקבה ☒	

פרטי התאונה

נפגע בתארה: 09/11/2019 בשעה: 10:30

מסמך: 930

כאשר עבד ב: _____

סוג העבודה: _____

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____

תוכנה מקום התאונה: _____

ר"ה סולמון פניו ורכבה, ולם אביזר
הוא קפליה ימין מרחק סולמון
ורכב לאחוריו ולו הוא והתנגס לו מאחור
התאונה סוג חלוצה במרחק פא' בחלוצה

^{האבר שנקרא}
האבר והוא יצא מן ה' יצחק (מכאן ברורה) ד' יצחק (שם שמו) ויחזקאל (שם שמו) ויהושע (שם שמו)

שם המאשר ותפקידו _____ תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק *
צ'יק פוינט
מבולבלות הכונה בע"מ
למזר ע"י המוסד הרפואי

צ'ק פוינט
טכנולוגיות ומכנות בע"מ

☐ הנסוע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
 הנפגע אינו חבר בקופת חולים
 מחות התאונה (אבחנת רפואית):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

02/2018 250 b2



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

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה 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, יש לצרף אישור מהגורם עבור ביצעת את העבודה (השכבות על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משיחת התעסוקה.
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונות דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשלום הגמלה לותקופה השלה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
- ☞ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il.
- ☞ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מיל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השיחת האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לספיף המספל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות ובידורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
- ☞ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) ותחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של יותר סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו על ידי המעסיקים.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת על ידי אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא ציינ אה מספר תעודת זהות 2 0 0 3 2 8 3 5 9 ותאריך הפגיעה עמוד 1 מתוך 10

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



**תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה**

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

פרטי התובע
שם משפחה שם פרטי

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

2 0 0 3 2 8 3 5 9

קרינבלט

תאריך עלייה

תאריך לידה

שנה חודש יום

שנה חודש יום

מצב משפחתי: ☒ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרוצלה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בצבור
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה

הירדן 15

טלפון גייד

דואר אלקטרוני

0 5 4 5 4 6 6 4 0

☐ אני מסרב לקבל הודעות הסלולר מידע אישי בערוצים הדיגיטליים
(הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני, במקום דואר רגיל)

משו למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל תפקיד התובע במקום העבודה
צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ team leader
רחוב / תא דואר מספר בית מיקוד יישוב
הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן פרט:
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן פרט:
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)
שם העסק סוג העיסוק טלפון קווי
רחוב / תא דואר מספר בית יישוב מיקוד טלפון גייד

4

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

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

נצ"א

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

חבלה, שבשברים וחתכים

האיבר שנפגע

יד ימין, זק, חצה

שם בית החולים / מחלקה

איכילוב

ונקופת אשפוז

יום אחד

11001010
שעה

תאריך ושעות קבלת הטיפול לראשונה

10/11/2019
שנה חודש יום

קופת חולים שבה אתה חבר

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☒ כן

פרט

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

שבה טופלת או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

רצ"ה תיאודור רפואי

5

סיכום בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: עו"ד אריאל פריימן

פרטים על תאונת דרכים

6

מספר התיק במשטרה

486484/2019

טיפול בתאונה
תחנת משטרה ב-

2 א"ת

האם נמסרה הודעה על
התאונה למשטרה?

☒ לא ☐ כן
(אם כן, חובה לצרף
דוח משטרה)

☒ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ נוסע ברכב

☐ הולך רגל

האם נפגעת בהיתק?

91913155531

☒ אופנוע

☐ סרקטור

☐ פרטי

סוג הרכב המעורב

מספר רישוי

לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות
ציבורית ורישיון רכב

בתאונה:

☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ לייסינג (יש לצרף שותק ההסכם)

☐ רכב ציבורי

☐ אחר

הרכב בבעלות:

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

פרטי הנהג

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

נוסעים נוספים ברכב:

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

מס' פליטה

שם חברת הביטוח

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן

מהודעת לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

שם הש"ד המטפל

כתובתו

טלפון

פקס

דואר אלקטרוני

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוז בעיר

מס' תיק אחר

ר"ב
א"ת
משטרה

נא ציין את מספר תעודת זהות 2 0 0 3 2 8 3 5 9 ותאריך הפגיעה _____ עמוד 5 מתוך 10

פרטים על תאונה בנזיקין

7

סוג התאונה בנזיקין ☐ 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 _____

כתובתו _____ מס' סלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

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

פירוט העיסוקים

8

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדת אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
10	10	10	19	09	21

עד שעה			משעה		
שעה	דקה	שנייה	שעה	דקה	שנייה
18	30	00	19	30	00

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
10	10	10	19	09	21

עד שעה			משעה		
שעה	דקה	שנייה	שעה	דקה	שנייה
18	30	00	19	30	00

☐ שהיתי בעסק/בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נשדדתי מהעבודה

שעות עבודתי במסלול ימי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 9:00-9:30 עד שעה 18:30-19:30 ☒

☐ עבודה במשמחת

9

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 המראות ועוד)

מה תפקידך בעבודה במעד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היך בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מה היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕

10

פרטי חשבון הבנק של החובע

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

קו גרינבלט

שם הבנק

שם הסניף / כתובת

מס' סניף

מספר חשבון

021404543

855

קונקורד

בוס לאומי דיפאדל סניף

לחבר קיבוץ או מושב שיתפתי אני מבקש להעביר את התשלום ☐ לחשבוני הקיבוץ/ המושב ☐ לחשבוני הפרטי אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרשות סכמים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של משכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלויות בחשבון הבנק כפי הצהרת לעיל ושהבנק הנ"ל/או עבד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוצ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרת 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.

חתימת מקבל התשלום ✕

25/11/2019

תאריך

11

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

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החותם 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 בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דים קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

חתימת התובע * רון זרינקלס

תאריך 25/11/2019
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות _____ קרבה לתובע _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____
☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ האר אלקטרוני
מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ מספר זהות _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 2 0 0 3 2 8 3 5 9 ותאריך הפגיעה עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: רח' הורנר 36 ת"א
 שעת הפגיעה: ~ 9:30
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: הסלים 5 ת"א
 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.
 תפקיד הנפגע במפעל מטרת יציאתו מחוץ למפעל שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת תפקידו
 שעת היציאה שעת החזרה הצפויה

☐ 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

פרטי שכר ב-4 החודשים שהזמנו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק מספר תיק ביטוח במוסד לביטוח לאומי
 צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ
 תאריך תחילת עבודה: 12-08-2012 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
 היקף המשרה ב-100% מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר 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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר בחסות החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	הערות
חודש 08/2019	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	29488	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנודרים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות
חודש 09/2019	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	28974	שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש 10/2019	25.00	☒ יומי ☐ חודשי	28872	
חודש		☐ יומי ☐ חודשי		

☐ השכר שבו לעבודה בתאריך העובד לא שב עדיין לעבודה.
 האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בשו"ח? נא לפרט
☐ השכר ממשיך להימסר על עבדי המפעל: ☐ כן ☒ לא
☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך סיבת הפסקת העבודה התימת המעסיק
 שם בית התובע או לשכת השיחות באמצעותם המעסיק מספק תלושי שכר חתימת המעסיק

חתימת המעסיק תאריך שם ותפקיד החותם חתימה וחותמת

חופש ע"י טפוסות חילין פרו 21/11/2019

נא ציין את מספר תעודת זהות 200328359 ותאריך הפגיעה עמוד 9 מתוך 10

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

15

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 99

☒ לא ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו. פרט ל:

נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך ותפקיד החותם שם החותם חתימה וחתימת ☒

פרטים משלימים לתעסיק מורשה/מאושר

17

☐ העובד זכאי לפסוק בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד ותאריך ושילמנו 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)

דיבוע:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחתימת ☒

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 200328359 ותאריך הפגיעה 10/11/2019 עמוד 10 מתוך 10



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	200328359	10/11/2019
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
זרינבלט	קין	10/11/2019
חבר בקופת חולים		
☒ כללית	☐ מאוחדת	☐ מכבי
☐ לאומית	☐ אחר	

הצהרה

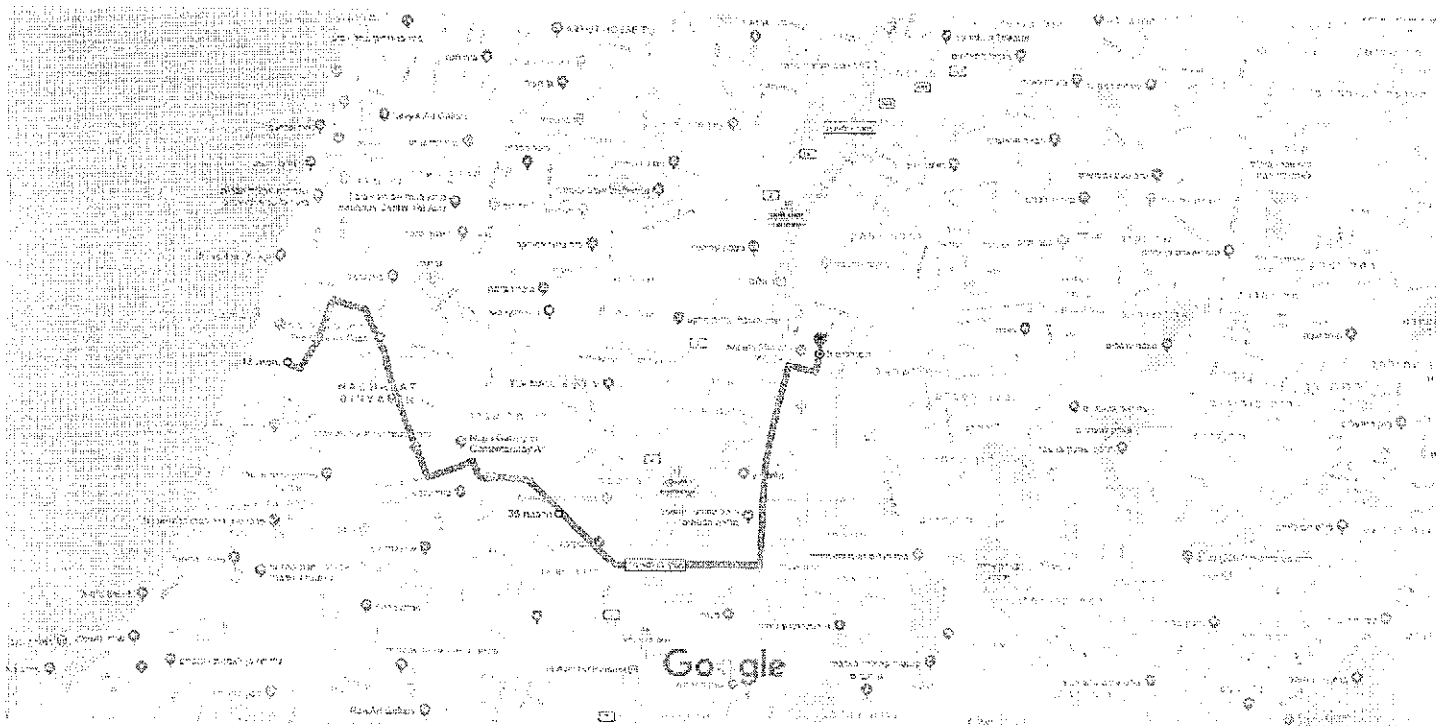
2

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 אודותיי.

תאריך 25/11/2019 חתימת המבוטח קין זרינבלט * קין זרינבלט

אופניים 5.1 ק"מ, 23 דקות

נחמיה 13 to הסוללים 5



Mapa GISrael, Google נתוני מפות ©2019 200 מ' מ

23 דקות

5.1 ק"מ

דרך אלובי



מישורי ברב:

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 17 בחודש 11 שנה 19

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה ;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן :

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן :

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצלי"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן :

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום :

עורך דין

X

הלקוח

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
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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

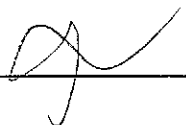
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה:  X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

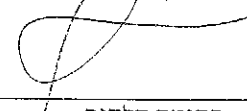
עורך-דין

הסכם ייצוג משפטי ושכר טרחת עורך – דין

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ לחודש _____ 2019

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מ _____ מתחייב לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין עו"ד מרחוב אבא הלל 7 רמת גן (להלן – "עורך הדין") בעד טיפול ב _____ כדלהלן:

- 1.1 בגין דמי פגיעה יגבה שכ"ט בסך של 12% בתוספת מע"מ.
- 1.2 שכר טרחה באחוזים בסך השווה ל-17% מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.
- 1.3 במקרה של מענק (9%-19% נכות) ישולם שכ"ט בסך השווה ל-17% מהמענק, בצירוף מע"מ.
2. **מהות הטיפול ושילביו הצפויים:** הגשת התביעה, ייצוג בוועדות רפואיות, ערר על ועדה רפואית – הכל בהתאם לצורך ולשיקול דעת עוה"ד.
3. חלקות מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין במועדים שיקבעו הצדדים. מוסכם ומובהר כי אי תשלום שכר הטרחה מהווה הפרה יסודית של הסכם זה ויזכה את עורך הדין להתפטר ולהפסיק את הייצוג והטיפול המשפטי וכן לנקוט כנגד חלקות בכל אמצעי לפי דין לשם גביית שכר הטרחה.
4. חלקות מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין אם ידרוש חלקות, מטעמי הווא, להפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:
 - 4.1 חלקות רשאי לחזור בו מההתקשרות בתוך 7 ימי עבודה המיום.
 - 4.2 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר 7 ימי עבודה ובטרם הוגשה תביעה, ישלם לעוה"ד דמי פתיחת תיק בסך 800 ₪.
 - 4.3 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר הגשת התביעה – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת תיק וכן את שכר הטרחה המירבי הקבוע בחוק עבור טיפול בתביעה שאינו כולל ייצוג בוועדות רפואיות.
 - 4.4 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר הופעה ראשונה בוועדה רפואית או לאחר הגשת ערעור או לאחר תביעה לבית דין – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת התיק וכן את שכר הטרחה המלא הקבוע בהסכם זה עבור השלב בו הסתיים הטיפול כאילו הסתיים הטיפול באותו שלב.
 - 4.5 במקרה של הפסקת התקשרות ישולמו דמי פתיחת התיק במועד הפסקת ההתקשרות, ושכר הטרחה הנוסף ישולם בעת קבלת החלטת המזכר בתגמול כספי, גם אם יוצג לאחר מכן ע"י גורם אחר. כמו כן, ישלם חלקות במועד הפסקת הייצוג את יתרת ההוצאות שלא שולמה.
5. **הוצאות:** שכר הטרחה אינו כולל אגרות, הוצאות (לרבות הוצאות נסיעה וחניה) וחווה דעת מומחים, אשר יישא בהם חלקות. חלקות מצהיר כי ידוע לו שהיקף העבודה אינו נמדד במספר פעולות המבוצעות על ידי עורך הדין, כי אם בתוצאות הטיפול המשפטי, על כן מתחייב חלקות לשלם את שכר טרחת עורך הדין כאמור לעיל.
6. חלקות מצהיר כי ידוע לו כי הוא האחראי הבלעדי לשלמות ונכונות המידע ו/או המסמכים המועברים לעורך הדין, וחלקות מוותר בזאת על כל טענה לעניין זה כלפי עורך הדין.
7. חלקות מצהיר ומתחייב בזאת להעביר מידית לעורך הדין כל מידע ו/או מסמך שיתקבל על ידו במהלך הטיפול המשפטי, בקשר לטיפול המשפטי, לרבות תכתובות ו/או הודעות כלשהן מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, הזמנות לועדות ו/או בדיקות, הודעה על ביקור מטעם המוסדות וכיו"ב. ככל שלא יעביר חלקות הודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יהיה חלקות מושקע מלטעון כנגד עורך הדין לעניין היעדר טיפול וחלקות יהיה מחויב בתשלום שכר טרחת עורך הדין כאמור בהסכם זה.
8. היה ולחלקות ישנן חובות כלשהן, למי מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, במועד תחילת הטיפול המשפטי ו/או לאחריו, וחלק מהזכויות ו/או הפיצויים הצפויים להתקבל יקוזזו על ידי מי מהמוסדות הנ"ל לכיסוי החוב, יחושב הסכום שקוזז כחלק מסכום הזיכוי ו/או הפיצוי, לצורך חישוב התמורה לו זכאי עורך הדין.
9. חלקות מצהיר כי בחתימתו על הסכם זה מתחייב חלקות לשלם את התמורה המלאה לעורך הדין, לפי הסכם זה, גם אם יחליט חלקות שלא לממש את זכותו לכשתהווה בכל עת ממועד חתימתו על הסכם זה, לרבות אם יבחר להפסיק את הטיפול ו/או להמשיך הטיפול באמצעות אחר ו/או בעצמו.
10. מוסכם כי תוקפו של הסכם זה יהיה יפה עד להשלמת הטיפול המשפטי ועד לסיומה של התקופה הנקובה לפי סעיף 1.1 לעיל, וחלקות מחויב בהמשך תשלום שכר טרחתו של עורך הדין בגין מלוא תקופת תשלום שכר הטרחה.
11. מוסכם כי במידה וייפסקו ללקוח תשלומים שונים לתקופה זמנית, ימשיך הסכם זה לעמוד בתוקפו והטיפול על ידי עורך הדין יימשך עד מימוש מלוא זכויותיו של חלקות בתוך התקופה האמורה בסעיף 1.1.
12. מובהר כי בתביעות ביטוח תשלום שכר הטרחה לעורך הדין יהיה עבור כל התקופות המאושרות, מעת לעת על ידי חברת הביטוח, עד לגובה תקופת התשלום הנקובה בסעיף 1.1 לעיל.
13. מוסכם כי כל הסכומים המפורטים בהסכם זה, ככל שלא ישולמו במועד, יישאו הצמדה למדד המחירים לצרכן, כאשר מדד הבסיס הינו המדד הידוע ביום חתימת הסכם זה, כמו גם ריבית לפי חוק פסיקת ריבית ממועד חתימת הסכם זה.
14. מוסכם כי הסמכות השיפוטית בכל הנוגע להסכם זה תינתן לבית המשפט המוסמך במחוז תל אביב בלבד, אולם עורך הדין יהיה רשאי לנקוט בהליכים לפי הסכם זה בכל בית משפט, וחלקות מוותר בזאת על טענות לעניין הסמכות המקומית.
15. חלקות קיבל העתק וכן דף מידע כללי.


חתימת חלקות

חתימת עוה"ד