

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.

9/2/22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
יבנה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון : לירון אקוה, ת.ז. 315405019
תאונה מיום 18/10/21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים צילום רישיון נהיגה ופרטי הרכב.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

315405019 נא ציין את מספר תעודת זהות

שם / דרכון

סוג המסמך

דפים

לש/מוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה

וכדוע על פניו

2

2א פרטי מקום העבודה - סוגית הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

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

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 18/10/21 שנה חודש יום

שעת הפגיעה: 11:00

היום בשבוע: א'

היכן אירעה הפגיעה?
☐ במהלך העבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונת דרכי: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

בדרכך לעבודה ☒ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)
 בדרכך לביתך ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תאונה בבניין ☐
 תיאור הפגיעה: טעו נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט מעט' את הרכיב _____

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: 18/10/21 שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה: זוהר אקיר

תפקיד: מ"מ

טלפון: 050-2648369

4 פרטי הרופא והמטפל (יש לציין את שם הרופא/המטפל, תפקידו, מידע על חשבונית/קבלה)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מחוז החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
קוות חלוק	חבלה	ירך ימין
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
מכרז		25/10/2021
	שעה	שנה חודש יום

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

כן ☒ לא ☐

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבר טופלתי או אני מטופל	

5 מידע על המעורבות

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ ידמכונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: אזר אהרן פרידמאן

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים, יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☒ אחר נפילה גינה לבריכת

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

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

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיוגיע לך מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעתך, אבקש להעבירו לחשבונך הפרטי ושומים מסה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כחובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מאנח	10	939	02072122

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

10 פטור ממס הכנסה - יש להצהיר אישור זכאות לפטור ממס הכנסה לרוב הפעולה

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/ת על התובעה

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

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

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

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנוחץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 2.2.22 חתימת התובע * 228

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב'	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "יפוי כח, צו אפוטרופסות, ססק דין או ויתור סודיות" - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

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

פרטים על פגישה מחוץ למפעל

☒ הפגישה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגישה: המסלול

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

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן
האם נכחו עובדים מספים 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
<u>רפ"ע</u>	<u>המסלול -</u>	<u>הקובע</u>	<u>המסלול</u>
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	

☐ תאונה בבניין שם האתר
☐ פגיעה בדרך לעבודה
☐ באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 7:00 איזו משמרת? א

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 17:00 האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

מספר תיק מכונים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

מספר ימי העבודה

היקף המשרה ב-%

מספר ימי העבודה בשבוע

תאריך תחילת עבודה

מספר ימי העבודה

קבוע ☐ ארצי ☐ יומי ☒ חודשי ☐

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבות היעדרות

עד מתי

נעדר מהעבודה

האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעברת שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקבלו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי ☐ חודשי ☐		סכום	לתקופה
חודש 9	22	☒ ☐	8200		
חודש 8	22	☒ ☐	8200		
חודש 7	22	☒ ☐	8200		
חודש 6	22	☒ ☐	8200		

העובד שב לעבודה בתאריך 9.1.22 ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה ☐

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

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא

העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לביחור פרטי שכתוב

מספר טלפון

חתימת המעסיק

תאריך 2.2.22

שם ותפקיד החותם

חתימה וחומת

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

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על ידי הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הבהרה למעסיק

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך: 22.2.21 תפקיד החותם: _____ שם החותם: _____ חתימה וחותמת: _____

5 פרטים משלמים למעסיק/רשמי/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ 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)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *
(נדרש רק במקרים של פרטים משלמים)

עמוד 8 מתוך 8

315405019 נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סד"ות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים			1
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה	
60	315,405,019	12/10/2021 שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים	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 למחלתו, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיו.		
תאריך	חתימת המבוטח	
2.2.22		

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אירון אקור, מס' 31540301, מרחוב ימל' כ"ה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 17/10/21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 2 שנה 2022

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אוריאל מרמור

מס' רשיון: 62254

עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות <u>375405019</u>	שם פרטי <u>נירון</u>	שם משפחה <u>אלקב</u>	
טלפון	מיקוד	עיר <u>יבנה</u>	מס' <u>3/69</u>	רחוב <u>החל</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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: 8.2.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(מקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 52254



023398

קוד הפניה: 241191689

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: רח' גבורי החייל 1, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אקוה		שם פרטי: לירון		ת.ז.: 315405019	
ת.לידה: 10/05/1999		מין: ז		טלפון: 0504272282		טל.עבודה/נייד: 0504272282	
כתובת: הנחל 3/69, יבנה		מיקוד: 8155854		ת.ז.: 0315405019		Barcode: 0315405019	

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיהתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בן 22.5 נהג

כאב בברך שמאל מעקב אורטופד

כעת כאבים בברך שמאל מאז ירידה מרכב ב2021\10\18

ממצאים: מהלך עצמוני רגישות מעל ברך שמאל

אבחנה:

• KNEE PAIN
It

מעש/נ: לא ידוע

מטרת ההפניה: נא הערכתך
בברכה

25/10/2021

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תוו ליועץ.

חתימה וחותמת הרופא

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/10/2021 עד תאריך - 23/04/2022



דר' חזן יעקב
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: רח' גבורי החייל 1, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אקוה	שם פרטי: לירון	ת.ז.: 315405019
ת.לידה: 10/05/1999	מין: ז	טלפון: 0504272282	טל.עבודה/נייד: 0504272282
כתובת: הנחל 3/69, יבנה	מיקוד: 8155854		

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 25/10/2021 עד יום: 28/10/2021 סה"כ: 4 ימים.

25/10/2021

תאריך

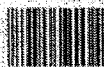
דר' חזן יעקב
23398 מ.ר
רופא מרפאת פנימי
רופא מרפאת ספורט

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 30/11/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565

קוד הפניה: 246582418

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

ד"ר חלדוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315405019

שם פרטי: לירון

שם משפחה: אקוה

טל. עבודה/נייד: 0504272282

טלפון: 0604272282

מ.ז:

10/05/1999

ת. לידה:

הנחל 3/89, יבנה

כתובת:

0315405019

מיקוד 8155854

התייעצות מומחה

• במכבי

אורתופדיה • ברכיים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: כאב ברך שמאל לאחר חבלה בעבודה לדבריו 18.10.21
ידוע על קרע בPCL וMM לא גותח

ממצאים: למישוש רגישות בברך שמאל עם חוסר יישור 20 כיוון 80
SAGGING חיובי

אבחנה:

- MENISCAL TEAR UNS
- CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION POST

מעשג/ת: לא ידוע

מטרת ההפניה: לטיפול ניתוחי

30/11/2021

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

03159912
טל. פקס
חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/11/2021 עד תאריך - 29/05/2022

תאריך: 30/11/2021

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



ד"ר חלדוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 246581714

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אקונה	שם פרטי: לירון	ת.ז.: 315405019
	ת.לדה: 10/05/1999	מ.י.ז:	טלפון: 0504272282
	כתובת: הנחל 3/69, יבנה	טלפון: 0504272282	טל. עבודה/נייד: 0504272282
		מיקוד: 8155854	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאב ברך שמאל לאחר חבלה בעבודה לדבריו
ידוע על קרע ב-PCL ו-MM לא מתח

ממצאים: למישוש רגישות בברך שמאל עם חוסר יישור-20 כיוף 80
SAGGING חיוב

אבחנה:

- MENISCAL TEAR UNS
- CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION POST

מעש/ת: לא ידוע

סיבת ההפניה: טיפול בהתאם לקליניקה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/11/2021 עד תאריך - 29/05/2022

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

30/11/2021

תאריך

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

טל. 89912 וטל. 89912
טל. 89912 וטל. 89912
חתימה והחותמת

מס' רשיון: 31565

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

טלפון: 08-9424040

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זהות	שכיר/עצמאי
אקוה	לירן	זוהר	315405019	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	שנת לידה	חבר (כל)
יבנה	הנחל		1999	נ
שם המעביד וכתובתו		טלפון	מקצוע	
		0504272282		
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
18/10/2021	11:00			
חאיבר שנפגע	שם הרופא המספל		נמצא בטיפול מיום	
ברך שמאל				

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

כאב ברך שמאל לאחר חבלה בעבודה לדבריו 18.10.21
ידוע על קרע ב-PCL/MM לא נותח

הממצא הקליני:

למימוש רגישות בברך שמאל עם חוסר יישור-20 כפוף 80
SAGGING חיובי

אבחנה:

- MENISCAL TEAR UNS
- CRUCIATE LIGAMENT • DISRUPTION POST

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך 80 ימים, היינו מיום: 18/10/2021 עד יום: 05/01/2022 (בכלל)

30/11/2021

מס' 99912
מס' 123456789

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

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

תאריך: 25/11/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר חזן יעקב

משפחה, פנימית וכללית



0069348563

023398

קוד הפניה: 246028407

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: רח' גבורי החייל 1, יבנה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315405019

שם פרטי: לירון

שם משפחה: אקונה

טל. עבודה/נייד: 0504272282

0504272282

טלפון:

מין: ז

10/05/1999

ת. לידה:



0315405019

מיקוד: 8155854

הנחל 3/69, יבנה

כתובת:

מכון רנטגן

קוד

3560

הבדיקה הדרושה

ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: שינויים ביוניים היצרות

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 25/10/2021 בשעה 12:24:46

בן 22.5 נהג

נאב בברך שמאל מעקב אורטופד

קעת כאבים בברך שמאל מאז ירידה מרכב ב-2021/10/18

בביקור בתאריך 25/11/2021 בשעה 19:14:08

נאב בברך שמאל

עדיין לא הלך לאורטופד

ממצאים: בביקור בתאריך 25/10/2021 בשעה 12:24:46

מהלך עצמוני רגישות מעל ברך שמאל

בביקור בתאריך 25/11/2021 בשעה 19:14:08

רגישות מעל ברך שמאל הנעת ברך כאובה

אבחנה:

• KNEE PAIN

IT

מעשית: לא ידוע

25/11/2021

תאריך

ד"ר חזן יעקב

פני-סלולר
0504272282

דואר ממוחשב

רשומה מס' 10

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/11/2021 עד תאריך - 24/05/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



אקוה

1. AKVA

לירון

2. LIRON

3. 10.05.1999

4. כ"ד באייר התשנ"ט

4a. 02.07.2018

4b. 10.05.2023

4d. ID. 315405019

5. 1394657

5019

8. הנחל 3' יבנה

5019

חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה

9. B C1

קטגוריות כלי הרכב Categories of Vehicles

A	A2		
	A1		
	A		
B		 	2016
C	C1		2020
	C		

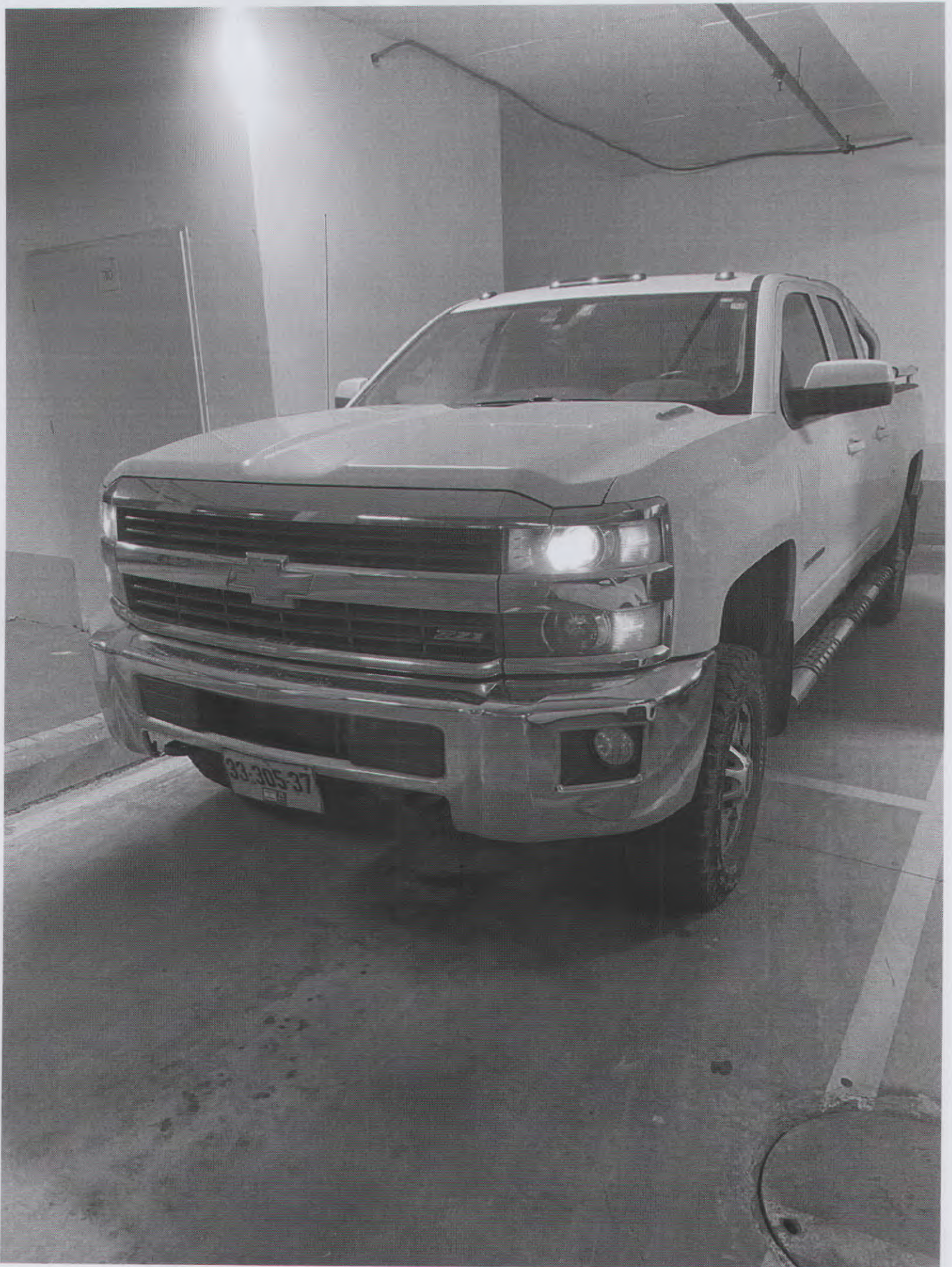
IL 315405019

D	D	
	D1	
	D2	
	D3	
E		
1		

Restrictive Conditions of Use
SPECTACLES OR CONTACT LENSES REQUIRED

315405019

25/05/2020/3596



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשמית
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
הסחוב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

רישיון רכב

מס' רכב		מס' סוג		מס' בחוקר עד	
3330537		N2		23/01/2022	
מח' אית'		משא פתוח		30009552-8	
נחל בוסתן 4		עתלית 30300		02/02/20	
24/01/18		18/02/21		01	
מס' עליה לכביש 01/2016		מס' שילדה		1GC2K9E82GZ115940	
5		דורמאקס		LML	
6599		מס' פנור		CGZ115940	
265/70R17 118 Q		מס' פנור		04 מ.גלגלים	
265/70R17 118 Q		מס' פנור		366	
4536		מס' פנור		4X4	
1156		מס' פנור		ב- 56,749 ק"מ	

דרגת זיהום אוויר-מפחית זיהום

מס' רכב		מס' סוג		מס' בחוקר עד	
CK25753		N2		23/01/2022	
מח' אית'		משא פתוח		30009552-8	
נחל בוסתן 4		עתלית 30300		02/02/20	
24/01/18		18/02/21		01	
מס' עליה לכביש 01/2016		מס' שילדה		1GC2K9E82GZ115940	
5		דורמאקס		LML	
6599		מס' פנור		CGZ115940	
265/70R17 118 Q		מס' פנור		04 מ.גלגלים	
265/70R17 118 Q		מס' פנור		366	
4536		מס' פנור		4X4	
1156		מס' פנור		ב- 56,749 ק"מ	

No.0360338 2022

רשומון יבוא 620176859

18/02/2021 ש"ח; 2111.00 סך ****

לתשלום לכן: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלל המכונית שולח את אגרות הכניסה, וכן אגרות נוספות שישמשו כפיצול
סידור על זמנית למעשה מוגדרת לשימוש חוקי הרכב וזאת למעשה כמסמך המעיד על תשלום האגרה



להחליט מוקדם
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

3330537-22-0

מח' אית'
נחל בוסתן 4
עתלית
30300

3330537-22-0

18/02/2021 ש"ח; 2111.00 סך ****

הדפס ע"י שירות התשלומים 11:50:44 18/02/2021

כלכל
ביטוח וסיכונים
חלל חברה לביטוח ב"מ
רחוב לבנון 20 קריית מוצקין, חיפה
6138902 חל אביב

[illegible]

מסלול הריסות:	הפרדת המכונות	מחירי המכונות
א. כמות מים / שטח הרקב המבוסס:	4.53	—
ב. גודל המס המצוי ביחס המצוי לגודל ברבב המ:	21	—
ג. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ד. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ה. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ו. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ז. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ח. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
ט. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
י. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
יא. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
יב. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—
יג. גודל המסד ביחס המצוי למסד המ:	21	—

הבהרה: כל המידע המופיע בדף זה, הכולל תמונות, סרטונים, קטעים ממופעים ומופעים של אמנים, נא להשתמש בהם לצורכי פרסום בלבד. כל שימוש אחר, ללא אישור מפורש, מהווה הפרת זכויות יוצרים. כל המידע המופיע בדף זה, הכולל תמונות, סרטונים, קטעים ממופעים ומופעים של אמנים, נא להשתמש בהם לצורכי פרסום בלבד. כל שימוש אחר, ללא אישור מפורש, מהווה הפרת זכויות יוצרים.

**** גב התעודה בהעתק תעודה דיגיטלית מוצג להלן:**

1) מטרת חבותיות, פרטיות או מטרת עסקיות של המבוטח שאין נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלך; 2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("סטט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השלמות מעשים בנהיגה לפי תקנה 213 לחקיקת התעבורה, ובכלל זה מטרה אחרת שאינה במפורש בחקיקת הביטוח; 3) מטרה עסקית של המטע נוסעים ברכב, כנגד חשלוס, שכר או חמורה אחרת, ובכלל זה מטרה עסקית של חילוק או נזירה של רכב מטע, כנגד חשלוס, שכר או חמורה אחרת, ובכלל זה מטרה עסקית במפורש בחקיקת הביטוח; 4) שימוש ברכב מטע על בסיס חוזה שכירות. 5) י"ל אף האמור לעיל השימושים הבאים אינם מנוסים במסגרת הפוליסה: (א) שימוש ברכב מטע על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בחקיקת הביטוח; לענין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה ליסינג הפעולי או חוזה מקח - אגב - שכירות (ליסינג מימון). (ב) שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהחזרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, החש"י - 2005 (להלן-חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מטע למטרה ספורט מוטורי של מידון כלי רכב שנעשה ביצוג להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית" ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמחו בסעיף 6 לחוק האמור.	1) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב המחזיק ברכב כדון וכל המשתמש ברכב בהיתר תחת מיד מרס רשאים להיות ברכב 2) ששמו נקוב בחקיקת הביטוח (לרבות ר"ק לאופטע / מונית)
---	---

תא סוכן
3142
סניף סוכן
6100