

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

13.12.20

13.12.20 - נא לשלוח

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב התקומה 30
תל אביב יפו 6816327

א.ג.נ.,

הנדון: שמעון רוימי, ת.ז. 59098459

הריני מתכבד לפנות אל כבודכם בעניינו של מרשי שבנדון:

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונת עבודה.
2. בשל טעות ניתן תאריך שגוי והתאריך בו נפגע מרשי בתאונת עבודה הינו 10.4.17 (כפי שהוגש בהתחלה).
3. יצוין כי במסגרת בדיקותיכם מרשי נפגש עם חוקר מטעמכם, אשר שוחח גם עם מקום עבודתו (החוקר שוחח עם מקום עבודתו של מרשי) ועלה כי ביום 10.4.17 נפגע מרשי עת עסק בעבודת חלוקה ברחוב ברקת 16 בנתניה.
4. אשר על כן, הנני מתכבד להגיש את טופס הדמ"פ (נושא את התאריך הרלוונטי) ואודה על טיפולכם ובדיקתכם נוכח האמור ומסקנות החקירה.
5. לעיונכם ולטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 059098459 ותאריך הפגיעה 10.6.17 עמוד 1 מתוך 10

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט _____

☐ מתנדב ☐ עצמאי ☒ שכיר ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה: רזי שם פרטי: אמל

מספר אישי בצה"ל: _____ תאריך לידה: 11/05/64

תאריך עלייה: 05/09/84

שנה: _____ חודש: _____ יום: _____

מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☒ גרושה ☐ ידועה/בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר: אס"י 311 מס' בית: 19 כניסה: 55 דירה: ג"ח

מיקוד: _____ יישוב: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: 0528994048

דואר אלקטרוני: _____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר: _____ שם פרטי איש קשר: _____

מס' זהות איש קשר: _____

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____ יישוב: _____ מיקוד: _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 059098459 ותאריך הפגיעה 10.4.17 עמוד 2 מתוך 10

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
לואי אופל גליל	נהג חמלה סמוך	טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מיקוד	מס' פקס
קמח 20	68166	
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
		טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מיקוד	מספר בית

2א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	צה"ל ☐	משמר הכנסת ☐	טלפון קווי
שב"ס ☐	משא"ז ☐	טלפון נייד	
משטרה ☐	אחר ☐	מס' פקס	
רחוב / תא דואר	מיקוד	מספר בית	יישוב
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

נא ציין את מספר תעודת זהות 059098459 ותאריך הפגיעה 10.4.17 עמוד 3 מתוך 10

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
10:00	10/04/17	10:00	ג'	10/04/17
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____				

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט אני חלקה סחורה
אני חלקה נפגעה באזור אזור

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____	
שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐	שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
האם מדובר בתאונת דרכים? ☒ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4	

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
10/04/17	אלי זאן	מנהל תאגיד

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)		
האבר שנפגע <u>כף יד ימין</u>	מהות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך) <u>נפילה אגרו</u>	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי) <u>ד"ר סאפיר</u>
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה חודש יום שעה	תקופת אשפוז _____	שם בית החולים / מחלקה _____
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☒ כן, פרט <u>אני חלקה אנוני חלקה אנוני</u>		
קופת חולים שבה אתה חבר ☐ כללית ☐ לאומית ☒ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר ☐		
פרטי הרופאים המטפלים שם הרופא תחום המומחיות כתובת המרפאה טלפון המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל		

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
	האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)		2
מספר רישוי	פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט ☐ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונה:	3
	פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר ☐	הרכב בבעלות:	4
ומספר הקו	במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה	פרטי הנהג	5
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:	
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	6
	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?		
	שם העו"ד המטפל	תביעה נגד	
	כתובתו		
	טלפון		
	התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר		
	מס' תיק אזרחי		
	דואר אלקטרוני		
	פקס		

נא ציין את מספר תעודת זהות 059098459 ותאריך הפגיעה 17.6.17 עמוד 5 מתוך 10

7

פרטים על תאונה בניזקין

סוג התאונה בניזקין

- ☐ 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' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן

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

8

פירוט העיסוקים

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 _____

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי
בעסק/
בעבודתי

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	עד שעה	עד תאריך	עד תאריך
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	עד שעה	עד תאריך	עד תאריך
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 08.30 עד שעה: 17.00

☐ עבודה במשמרות

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 המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל) ה'2 חלקן סיוור

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) חולון תל אביב

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) א-ה 08.30 - 17.00

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 16.10.19 שם פרטי ומשפחה רויטל חתימה [חתימה]

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון רויטל

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הבנק	בני ברק	425	272510

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

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

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

תאריך 16.10.19 חתימת מקבל התשלום [חתימה]

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	כתובת	ת.ז.	טלפון
רומי	שמעון	אסירי ציון 35 תל אביב 0	05909845-9	052-5553633

י. פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

☒ התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה י.ז. גלבץ כרמל 16 רגלי
המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה חזקה גלבץ רגלי
האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל? ☐ לא ☒ כן לא בדרך כלל מועסק ב-
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן שםם
תפקיד הנפגע במפעל מטרת יציאתו מחוץ למפעל
שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת מטרת יציאתו מחוץ למפעל
שעת היציאה 08:30 שעת החזרה הצפויה 15:00
☐ תאונה בדרך לעבודה באיו שעה היה עליו להתחיל בעבודה איזו משמרת
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ לא ☐ כן
☐ תאונה בדרך הביתה באיו שעה סיים את העבודה האם סיים בשעה הקבועה? ☐ לא ☐ כן
הסיבה ליציאה המוקדמת

יא. פרטי שכר ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל/המעביד		מס' תיק מעביד במוסד		שם המפעל/המעביד		מס' תיק מעביד במוסד	
שרותי ארגל בע"מ		93074653200		מס' תיק מעביד במוסד		93074653200	
בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.							
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף המשרה ב-%	מספר ימים עבד שולם השכר	העובד הוא יומי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בשי"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלום	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלום	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלום
חודש 04/17		22.00	☒	11,630			
חודש 03/17		22.00	☒	12,192			
חודש 02/17		20.00	☒	9,372			
חודש 01/17		18.00	☒	9,698			
☐ תאריך התחלת העסקת העובד 19/03/2013 מעמד העובד ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי % משרה: 106.45 ימי עבודה בשבוע: חמישה ☐ העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל ☐ כן ☒ לא העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך <u>13.5.19</u> ☐ העובד שב לעבודה ביום ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות ☐ מהסיבה							

יא. פרטים על תשלום דמי מחלה ע"י המעביד/קרון דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה ☒ כן, ציין מס' הימים העומדים לזכותו עד ליום התאונה 11.70
☐ 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

יב. הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל:
נא לפרט את ההסתיוגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.
כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל/במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה
שרותי ארגל בע"מ
שיווק לבתי מלון
ומפעלים אחרים
16/10/19
תאריך
16.10.19
תפקיד החותם
אסירי ציון
שם החותם

יג. פרטים משלימים

☐ העובד זכאי לפטור 100% ממס הכנסה
מעביד מורשה לפי תקנה 22
☐ הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מיום עד יום ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק
הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם נתנה הרשאה לחברה/למפעל.
מעביד מאושר לפי סעיף 343: ☐ אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)
קיצוץ: ☐ הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בקוד סוג ביטוח ☐ הנ"ל אינו חבר - מופיע בקוד סוג ביטוח
חתימת המעביד וחתימת
הופק ע"י: שרותי ארגל באמצעות משכרת "סריר" של עוקץ מערכות בע"מ

הצהרת התובע/מגיש התביעה

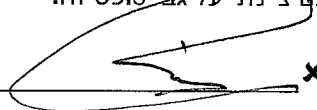
12

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

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

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.

חתימת התובע 

תאריך 10.10.19

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

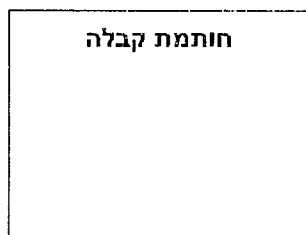
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

נא ציין את מספר תעודת זהות 059098459 ותאריך הפגיעה 10.4.19 עמוד 10 מתוך 10



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	059098459	10/04/2019 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
רואי	1810	
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 אודותי.

תאריך 16.10.19 חתימת המבוטח *

הסתדרות "מכבי" ישראל

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שירות רפואי מוסמך

חוק הביטוח הלאומי

ד"ר בסלוב מריאנה

מומחית ברפואה פנימית

מס' רשיון: 33078

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זהויה	שכיר/עצמאי
רומי	שמעון	לא ידוע	59098459	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
תל אביב - יפו	אסירי ציון	35	6687846	1964
חבר (כל)	כ			
שם המעביד וכתובתו	טלפון	מקצוע	נהג חלוקה	
שירותי ארגל	0525553633			
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה	חבלת יד ימין מהנפילה	
10/04/2017	11:00			
האיר שנגפע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום	22/10/2019	
יד ימין	בסלוב			

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

בן 55 ברקע עישון
על פי דבריו ב 2016 נחבל בעבודה ביד ימין, נמצא בטיפול אורטופד כף יד
נבדק מרפאת כף יד אכלוב בצילום 2016 שבר בסקפואיד חסר חיבור צילום חדש 2018 ציסטה בסקפואיד וכן חשד ל CTS
=טיגל ופאלן חיוביים
הומלץ CT EMG
נבדק מרפאת כף יד איכלוב 14.1.18 החלטה על ניתוח
עבר ניתוח אלקטיבי בית חולים איכלוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין ב 13.05.19 CARPAL TUNEL RELEASE
לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות, טופל ב העמסת פרקור חזר ל סינוס.
ביוץ קרדיאלוג מעבר ל עמסת הפרקור הוחל טיפול ב אנטיקוגולציה 20 XARELTO מייג ליום, קרדילוק
2.5 מייג *1.
בשיחור מומלץ על המשך טיפול.
מעקב קרדיאלוג, לבצע הולטר אקג.
מעבדה כולל CRP.
ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכלוב.
הוצאת תפרים בעוד שבועיים
פיזיותרפיה ו ריפוי בעיסוק בקופ"ח
לאחר אישפוז ביקר אצל רופא תעסוקתית עדיין לא מסוגל לחזור ל עבודה מומלץ המשך טיפול מול ביטוח
לאומי, חברת ביטוח

אבחנה:

* CARPAL TUNNEL RELEASE

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

05/11/2019

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.

ר"ב סליל מראנה
מומחית ברפואה פנימית
מ.ר. 3178
ת.ד. 271101

מ.ר. גורם מפנה



0030991020



015598

שם: ד"ר פעילן יעקב

תחום שירות: כירורגיה של היד

כתובת: אורה 4, רמת-גן

טלפון: 03-6750333

פקס: 0732284921

קוד הפניה: 109709943

פרטי הנבדק

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מ.י.ז: 12/09/1964

ת.לידה:



0059098459

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:

מרפאות חוץ

מחלקה: כירורגיה של היד

נותן שירות: מ.ר. איכילוב

סיבת הפניה לבית החולים: שיקול דעת רפואי

(ולא לשירות הקופה)

אבחנה:

• OSTEOARTHROSIS LOCALIZED PRIMARY Right
snac

תלונות: כאבים . לדבריו נחבל לפני שנים רבות והשנה נחבל שוב.

ממצאים: שכי ימין: כאב בהנעה. י 30 כ 20 ס 80 פ 70 קמיצה מלאה.
 צילומים 2018 - SNAC דרגה 3. לא ברור אם A או B. החמרה בהשוואה ל- 2016.
 הוסברה המשמעות והאפשרות הניתוחית.
 לבקשתו מופנה לאיכילוב.

14/11/2018

תאריך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/11/2018 עד תאריך - 13/05/2019

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות ממומחה באורתופדיה ר.מ. 13471
 במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשיך טיפול.

ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה.

ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.



סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ד.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 27/11/2018 שעה: 10:55 מספר ביקור: 36541339

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

סיכום ודיון

בן 54, בריא בדרך כלל, יד ימין דומיננטית. סבל מתלונן על כאבים בשני שורשי הידיים יותר מימין מזה זמן רב, ללא סיפור ברור של תבלה אולם לדבריו נחבל לפני מספר חודשים עם החמרה בכאבים לאחר מכן. כמו כן מתלונן על רדימו באצבעות יד ימין לעיתים רחוקות. הכאבים גם במנוחה, יותר במאמץ, מעיר משינה. בצילומים מ-2016 של שורש יד ימין נראה חסר חיבור של שבר סקפואיד עם שיניים שחיקתיים בצילומים ממאי 2018 - רטוודם להתקדמות השיניים השחיקתיים בבדיקה היום, נוקשות ניכרת של שורש יד ימין לכיפוף ושורש שחלקה אנטלגית. טינל ודורקן חיוביים ל CTS. לצתיין בצילומים משמאל נראית ציסטה בסקפואיד ובבדיקת שורש יד שמאל רגישות עלפני הסקפואיד וכאבים בסוף טווחי תנועה. תוכנית 1. CT של שורשי הידים דו צדדית לצורך הערכה טובה יותר של תהליכים שיקתיים והחלטה על המשך טיפול. 2. EMG של גפיים עליונות כולל עצבים אולגרי ומדיאני באזור המרפק ושורש היד דו צדדית. 3. ביקורת בעוד חודש וחצי עם ה CT ותוצאות ה EMG.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נחתם ע"י:

דר' פריטש תמיר מ.ר. 34306

חתימה:

תאריך ושעת ההדפסה: 29/05/2019 13:33

חסי רפואי

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



רפואה מובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך קרדיולוגיה
מנהל מערך: פרופ' בנאי שמואל מ.ר. 15225

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה קרדיולוגית	מנהל המכון: פרופ' בנאי שמואל מ.ר. 15225	אח/ות אחראית: אילנה מאיר
טלפון: 03-6974624	פקס: 03-6974490	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל-אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 29/05/2019 שעה: 11:59 מספר ביקור: 37081086

בריא בדרך כלל

ניתוחים

S/P PARTIAL OSTECTOMY CARPALS/METACARPALS (Right)
(הערה: PRC) (13/05/2019)

S/P CARPAL TUNNEL RELEASE (Right) (13/05/2019)

הרגלים

מעשן/ת: כ 30 סיגריות ליום מזה

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

54 year old

He has one documented event of atrial fibrillation and this occurred shortly after surgery for an arm fracture

He should perform an echocardiogram

His electrocardiogram is normal.

If the echocardiogram is normal I would continue all medications. He will check his pulse regularly to make sure he does not have silent atrial fibrillation.

ד"ר יוסקין
מנהל המעלה לאשפוז קרדיולוגי
מ.ר. 18130 מ.ר. 12903 מ.ר. 10897

פרופ' יוסקין שמואל מ.ר. 18130

מכתב נחתם ע"י:

תאריך ושעת ההדפסה: 11:39 04/06/2019

חסוי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 04/06/2019 שעה: 10:02 מספר ביקור: 37097680

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: כן 30 סיגריות ליום מזה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P PARTIAL OSTECTOMY CARPALS/METACARPALS (Right)

(PRC הערה: (13/05/2019)

S/P CARPAL TUNNEL RELEASE (Right) (13/05/2019)

סיכום ודיון

13.5.19 עבר PRC ושחרור תעלה קרפלית מימין

28/5/19

הגבס הוחלף, צלקת נקייה, תפרים הוצאו

המלצות:

המשך גיבוס שבוע נוסף

בקורת עוד שבוע

נא לשריין תור לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה סמוך לאחר הבקורת

חופשת מחלה חודשיים

משככי כאבים לפי הצורך

4/6/19

3 שבועות מהניתוח. סד גבס הוסר כעת.

מצוין כי ללא הרדמות אצבעות 1-3 מאז הניתוח.

בבדיקה:

צלקות תקינות

נפיחות ניכרת של כף היד והאצבעות

נוקשות כמצופה - יישור 0 כיפוף 10, סופינציה מלאה, פרונציה 60.

שם: שמעון רוימי	ת"ז: 59098459	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
-----------------	---------------	--------	------------------------

בצילום: עמדה מתקבלת

צפוי להתחיל פזיותרפיה וריפוי בעיסוק בשבוע הקרוב

המלצות:

טיפול במסגרת פזיותרפיה / ריפוי בעיסוק: הפעלה אקטיבית ופסיבית לשיפור טווחים
חופשת מחלה עד סוף חודש יולי
ביקורת בעוד 6 שבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

ד"ר דני רוטמן
מספר רישוי 126212
חתימת אורתופדיית
המרכז הרפואי תל אביב

חתימה:

ד"ר רוטמן דני מ.ר. 126212

מכתב נחתם ע"י:



סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 28/05/2019 שעה: 07:48 מספר ביקור: 37074080

בריא בדרך כלל
הרגלים

מעשן/ת: ק 30 סיגריות ליום מזה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P PARTIAL OSTECTOMY CARPALS/METACARPALS (Right)

(הערה: PRC) (13/05/2019)

S/P CARPAL TUNNEL RELEASE (Right) (13/05/2019)

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר PRC ושחרור תעלה קרפלית מימין 13.5.19

הגיע לביקורת

הגבס הוחלף, צלקת נק"ה, תפרים הוצאו

המלצות:

המשך גיבוס שבוע נוסף

בקורת עוד שבוע

נא לשריין תור לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה סמוך לאחר הבקורת

חופשת מחלה חודשיים

משככי כאבים לפי הצורך

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נחתם ע"י: דר' רוזנבלט ישי מ.ר. 31413

מכתב נחתם ע"י:

סודי רפואי		שם: שמעון רימי	
מחלקה: מרפאה אורתופדית	מיקרה:	ת"ז: 59098459	

בצילום: עמדה מתקבלת

צפוי להתחיל פזיותרפיה וריפוי בעיסוק בשבוע הקרוב

המלצות:

טיפול במסגרת פזיותרפיה / ריפוי בעיסוק: הפעלה אקטיבית ופסיבית לשיפור טווחים
חופשת מחלה עד סוף חודש יולי
ביקורת בעוד 6 שבועות

22.7.19

ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד במגמת שיפור.
ממשיך לסבול מהגבלה בטווחי תנועה של האצבעות.
בבדיקה - צלקת תקינה, טווח שורש יד 10 מעלות וולארי, 20 דורסלי, רוטציות תקינות.
הגבלה בכיפוף אצבעות פסיבית ואקטיבית.
צילום ביקורת שורש יד - עמדה שמורה

המלצות

ביקורת עוד חודשיים
הפעלה אקטיבית + פסיבית שורש יד
הפעלת אצבעות לטווח מלא כולל שימוש בסדים סטטים פרוגרסיבים
חופשת מחלה חודשיים
מרפאה תעסוקתית

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

חתימה: _____

ד"ר רודיק אורן מ.ר. 96864

מכתב נחתם ע"י:

תאריך ושעת ההדפסה: 22/07/2019 10:56

חסי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אה/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל-אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 22/07/2019 שעה: 09:17 מספר ביקור: 37244147

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: כן 30 סיגריות ליום מזה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P PARTIAL OSTECTOMY CARPALS/METACARPALS (Right)

(הערה: PRC) (13/05/2019)

S/P CARPAL TUNNEL RELEASE (Right) (13/05/2019)

סיכום ודיון

13.5.19 עבר PRC ושחרור תעלה קרפלית מימין

28/5/19

הגבס הוחלף, צלקת מקייה, תפרים הוצאו

המלצות:

המשך גיבוס שבוע נוסף

בקורת עוד שבוע

נא לשריין תור לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה סמוך לאחר הבקורת

חופשת מחלה חודשיים

משככי כאבים לפי הצורך

4/6/19

3 שבועות מהניתוח. סד גבס הוסר כעת.

מצין כי ללא הרדמות אצבעות 1-3 מאז הניתוח.

בבדיקה:

צלקות תקינות

נפיחות ניכרת של כף היד והאצבעות

נוקשות כמצופה - יישור 0 כיפוף 10, סופינציה מלאה, פרונציה 60.

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244 קוד הפניה: 128062210

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

התייעצות מומחה

- במכבי

קרדיולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בן 54 ברקע עישון לאחר ניתוח CARPAL TUNEL RELEASE עבר ב 13.05.19 בית חולים איכילוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין

לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות. טופל ב העמסת פרוקור חזר ל סינוס. ביעוץ קרדיאולוג מעבר ל עמסת הפרוקור הוחל טיפול ב אנטיקואגולציה XARELTO 20 מייג ליום, קרדילוק 2.5 מייג *1.

בשיחרור מומלץ על המשך טיפול.

מעקב קרדיאולוק, לבצע הולטר אקג.

מעבדה כולל CRP.

ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכילוב.

הוצאת תפרים בעוד שבועיים

פיזיאטרפיה / ריפוי בעיסוק בקופ"ח

מנוחה חודשיים

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם מקומי. מטופל באוגמנטין.

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

מעשנת: לא

- ATRIAL FIBRILLATION (05/2019)
- CARPAL TUNNEL RELEASE (05/2019)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

19/05/2019

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 - 19/05/2019 עד תאריך - 15/11/2019



030509

מכבי שירותי בריאות

שם: דר' טבדי מוניקה

תחום שירות: רופא/ה פנימית

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: 3555*

03-7178253

פרטי

ת.ד.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוזמי

פרטי הנבדק:

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מיון: 12/09/1964

תלידה:

מיקוד: 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

תאריך: 18/05/2019

שעת קבלה: 12:29

שעת שחרור: 13:37

סיבת הפניה:

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם מקומי. מטופל באוגמנטין.

ממצאים:

מצב כללי טוב. ללא מצוקה נשימתית.

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
18/05/2019	12:33	חום	36
18/05/2019	12:34	אומדן נשימה	סטורציה: 98
18/05/2019	12:34	לחץ דם	מס. נשימות בדקה: 138/70
18/05/2019	12:34	דופק	69

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
18/05/2019	12:31	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד	עוצמה: 3	
18/05/2019	12:34	אומדן כאב		
18/05/2019	12:34	מיון ראשוני - TRIAGE	PAN-CEFTRIAZONE 1G X 10	
18/05/2019	13:03	מתן תרופה IV	[מימן: 1 g]	
18/05/2019	13:03	התקנת עירוי היקפי		
18/05/2019	13:03	לקיחת דגימות דם		

הפניות:

אחות
בדיקות מעבדה

תוצאות מעבדה מהיום:

Test Date & Time	18/05/2019 12:52
המטולוגיה - ספירת דם	
WBC-Leucocytes	8.8
RBC-Red Blood Cells	5.1
Hemoglobin	15.3
Hematocrit	43.3
MCV (Mean Cell Volume)	85

א

טי

מע
המ
במ

דר'

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:



מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:

0059098459

אישור רפואי

תלונות:

בן 54, נמצא בטיפול אורטופד כאב בהנעה. י 30 כ 20 ס 80 פ 70 קמיצה מלאה. צילומים 2018 - SNAC דרגה 3. לא ברור אם A או B. החמרה בהשוואה ל- 2016. הוסברה המשמעות והאפשרות הניתוחית. מופנה לאיכילוב.

נימול בכפות ידיים, בוצע EMG ב 24.01.19 - עדות ל CTS דו"צ מעמד ל ניתוח אורטופדי בכף יד .. פנה ל צורך בדיקות לפני ניתוח

אבחנה:

- PRE OPERATIVE CARE
 - CARPAL TUNNEL SYNDROME
- bil

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער. ה שכליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

12/05/2019

חתימה וחוקתמת הרופא

תאריך

19/05/2019

תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוןימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:



0059098459

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:

אישור מחלה

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

סה"כ: 62 ימים.

12/07/2019

עד יום:

12/05/2019

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

19/05/2019

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

החתימה והחתימת הרופא
המאשר את האבחנה
המפורטת ברשומה הרפואית

מ.ר. גורם מפנה



0317224004



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244 קוד הפניה: 128062322

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
ת.לידה: 12/09/1964	מין: ז	טלפון: 036871872	טל.עבודה/נייד: 0525553633
כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו	מיקוד: 6687846		

מכון

שם המכון: מרפאת כף יד בית חולים איכילוב

תלונות: בן 54 ברקע עישון לאחר ניתוח CARPAL TUNEL RELEASE עבר ב 13.05.19 בית חולים איכילוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין

לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות. טופל ב העמסת פרוקור חזר ל סינוס.

ביעוץ קרדיאולוג מעבר ל עמסת הפרוקור הוחל טיפול ב אנטיקואגולציה 20 XARELTO מייג ליום, קרדילוק 2.5 מייג *

1. בשיחור מומלץ על המשך טיפול.

מעקב קרדיאולוג, לבצע הולטר אקג.

מעבדה כולל CRP.

ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכילוב.

הוצאת תפרים בעוד שבועיים

פיזיאטרפיה ו ריפוי בעיסוק בקופפיה

מנוחה חודשיים

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם מקומי. מטופל באוגמנטין.

אבחנה:

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

בעיות ידועות:

- ATRIAL FIBRILLATION (05/2019)
- CARPAL TUNNEL RELEASE (05/2019)

מעשנות: לא

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

19/05/2019

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 19/05/2019 עד תאריך - 17/08/2019

מ.ר גורם מפנה



0317224004



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244 קוד הפניה: 128062553

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
ת.לידה: 12/09/1964	מין: ז	טלפון: 036871872	טל.עבודה/נייד: 0525553633
כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו	מיקוד: 6687846		

מכון

שם המכון: פיזיותרפיה

תלונות: בן 54 ברקע עישון לאחר ניתוח CARPAL TUNEL RELEASE עבר ב 13.05.19 בית חולים איכילוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין

לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות. טופל ב העמסת פרוקור חזר ל סינוס. ביעוץ קרדיאולוג מעבר ל עמסת הפרוקור הוחל טיפול ב אנטיקוגולציה XARELTO 20 מייג ליום, קרדילוק 2.5 מייג * 1.

בשיחור מומלץ על המשך טיפול.

מעקב קרדיאולוג, לבצע הולטר אקג.

מעבדה כולל CRP.

ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכילוב.

הוצאת תפרים בעוד שבועיים

פיזיאטרפיה ו ריפוי בעיסוק בקופפיה

מנוחה חודשיים

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם מקומי. מטופל באוגמנטין.

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

אבחנה:

- ATRIAL FIBRILLATION (05/2019)
- CARPAL TUNNEL RELEASE (05/2019)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

19/05/2019

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 19/05/2019 עד תאריך - 17/08/2019

מ.ר. גורם מפנה



0317224004



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244 קוד הפניה: 128062615

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: ריימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:



0059098459

מיקוד 6687846

כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

מכון ריפוי בעיסוק

תלונות: בן 54 ברקע עישון לאחר ניתוח CARPAL TUNEL RELEASE עבר ב-13.05.19 בית חולים איכילוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין

לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות. טופל ב העמסת פרקור חזר ל סינוס. ביעוץ קרדיאולוג מעבר ל עמסת הפרקור הוחל טיפול ב אנטיקוגולציה XARELTO 20 מייג ליום, קרדילוק 2.5 מייג * 1.

בשיחור מומלץ על המשך טיפול.

מעקב קרדיאולוק, לבצע הולטר אקג.

מעבדה כולל CRP.

ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכילוב.

הוצאת תפרים בעוד שבועיים

פיזיאטרפיה ו ריפוי בעיסוק בקופ"ח

מנוחה חודשיים

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם מקומי. מטופל באוגמנטין.

אבחנה:

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

בעיות ידועות:

- ATRIAL FIBRILLATION (05/2019)
- CARPAL TUNNEL RELEASE (05/2019)

מעש/ת: לא

מטרת ההפניה:

הערכה וייעוץ בתחום הנירולוגי

19/05/2019

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לביקור ראשון באמצעות מוקד זימון תורים במכבי ללא הפסקה *3555 או 1-700-50-53-53

השרות ללא תשלום

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

www.maccabi4u.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244 קוד הפניה: 128062778

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
ת.לידה: 12/09/1964	מין: ז	טלפון: 036871872	טל.עבודה/נייד: 0525553633
כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו	מיקוד: 6687846		

אחות

אבחנה:

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

סוג טיפול	דרך מתן	שם תרופה	מינון למתן	פעמים ביום	תדירות	משך טיפול	סה"כ	הערות
הוצאת תפרים								יש להוציא תפרים 14 ימים לאחר פעולת התפירה.

מטופל - הנחיות

סוג טיפול
הוצאת תפרים

הנחיות

להוצאת תפרים יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. יש להביא הפניה מרופא ו/או סיכום רפואי.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

14:37 19/05/2019

התימה וחתימת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/05/2019 עד תאריך - 15/11/2019

בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,

עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555* או ל 1-700-50-53-53

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

קוד הפניה: 136962303

052 9994048

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
ת.לידה: 12/09/1964	מין: ז	טלפון: 036871872	טל.עבודה/נייד: 0525553633
כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו	מיקוד: 6687846		

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 19/05/2019:

בן 54 ברקע עישון לאחר ניתוח CARPAL TUNEL RELEASE עבר ב 13.05.19 בית חולים איכילוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין

לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות. טופל ב העמסת פרקור חזר ל סינוס.

ביעוץ קרדיאלוג מעבר ל עמסת הפרוקור הוחל טיפול ב אנטיקוגולציה XARELTO 20 מייג ליום, קרדילוק 2.5 מייג *1.

בשיחורור מומלץ על המשך טיפול.

מעקב קרדיאלוק, לבצע הולטר אקג.

מעבדה כולל CRP.

ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכילוב.

הוצאת תפרים בעוד שבועיים

פיזיאטרפיה ו ריפוי בעיסוק בקופפיה

מנוחה חודשיים

לאחר אישפוז. פליפיטיס ביד שמאל עקב הכנסת ערוי מלווה בעלית חום כאבים אודם

עבר בירור קרדיאלי במפ

עקב יד נמצא בטיפול ב ריפוי בעיסוק ! פיזיאטרפיה

עדיין מוגבל, קשיים.

הופנה ל רופא תעסוקתית

- PHLEBITIS
- ATRIAL FIBRILLATION
- CARPAL TUNNEL RELEASE

מעשנת: לא

- ATRIAL FIBRILLATION (05/2019)
- CARPAL TUNNEL RELEASE (05/2019)

בעיות ידועות:

CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X30
XARELTO 20MG X 28 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

** בא להצטייד בכרטיס מגנטי **

29/07/2019

חתימה והותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליעוץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/07/2019 עד תאריך - 25/01/2020

מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר בסלוב מריאנה



033078

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רונימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

ת.לידה: 12/09/1964



מיקוד 6687846

אסירי ציון 35

כתובת:

0059098459

אישור מחלה

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

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 30/07/2019 עד יום: 01/09/2019 סה"כ: 34 ימים.

30/07/2019

חתימה וחזתמת הרופא

תאריך

מ.ר. גורם מפנה



109284

שם: ד"ר דודזון אייל

תחום שירות: מתמחה רפואה תעסוקתית

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

טלפון: (שלוחה 3) 03-5122122

פקס: 0732284260

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

מכתב - מרפאה תעסוקתית

תאריך: 22/09/2019

לכבוד: שירותי ארגל, משאבי אנוש

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:
 - בשלב זה אינו כשיר לעבודות הכרוכות בשימוש אינטנסיבי בכפות ידיו או בהרמת משאות כבדים- ועל כן בשלב זה אינו כשיר לשוב לעבודתו כנהג-סבל או לעבודות דומות לזו- ללא צפי לשינוי בטווח הנראה לעין
 - המשך טיפול מול ביטוח לאומי וחברות ביטוח

בברכה,

ד"ר דודזון אייל

חתימה

109284
 מ.ר. גורם מפנה
 מתמחה רפואה תעסוקתית
 מחוז מרכז

ד"ר דודזון אייל
 מ.ר. גורם מפנה
 מתמחה רפואה תעסוקתית
 מחוז מרכז

מ.ר גורם מפנה



109284

שם: ד"ר דודזון אייל

תחום שירות: מתמחה רפואה תעסוקתית

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

טלפון: (שלוחה 3) 03-5122122

פקס: 0732284260

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

12/09/1964

ת.לידה:

מיקוד: 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

לכבוד:

ד"ר בסלוב מריאנה

בבדיקה שנעשתה ב: 22/09/2019

עקב: בן 55, ג'3, מעשן מזה 35 שנה אולם ב-5 שנים האחרונות הגביר את הצריכה ל-2 חפיסות ליום, דומיננטי ימני רקע רפואי-

מזה שנתיים סובל מכאבי במפרקי כפות הידיים, אובחן ב-2/2019 כסובל מ-CTS דו"צ ב CT נראים שינויים שחיקתיים מימין בעיקר המעברים את המפרק בין הסקפואיד לרדיוס אולם גם במידה פחותה אזורים אחרים. רקע תעסוקתי-

מזה 5 שנים עובד כנהג-סבל בחברת "שירותי ארגל" - ציוד של מסעדות לבתי מלון ומסעדות, אולמי חתונות שעות עבודה- 9 שעות ליום 5 ימים בשבוע טרם כן עבד בהסעות

תלונה נוכחית-

למרות כאבי כפות הידיים המשיך לעבוד (מוסר שהיתה החמרה לפני שנתיים בעקבות תאונת עבודה אולם לא דיווח עליה ועל כן אין תיעוד על כך)

בתאריך 13/5/2019 - עבר ניתוח לכף יד ימין- PRC ושחרור תעלה קרפלית מימי מאז סובל מכאבים בכף יד ימין עם מוגבלות בתנועות כף היד והאצבעות - ייעוץ אורתופד כף יד אחרון בתאריך 22/7/2019 - 22.7.19

ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד במגמת שיפור. ממשיך לסבול מהגבלה בטווחי תנועה של האצבעות. בבדיקה צלקת תקינה, טווח שורש יד 10 מעלות וולארי, 20 דורסלי, רוטציות תקינות. הגבלה בכיפוף אצבעות פסיבית ואקטיבית. צילום ביקורת שורש יד עמדה שמורה המלצות

ביקורת עוד חודשיים

הפעלה אקטיבית + פסיבית שורש יד

הפעלת אצבעות לטווח מלא כולל שימוש בסדים סטטים פרוגרסיבים

חופשת מחלה חודשיים

- הערכת ריפוי בעיסוק אחרונה בתאריך 21/8/2019 - חסר לכיפוף יישור כיפוף אצבעות ואגודל. כאבים * לציין שלאחר הניתוח החל לסבול מפרפור ועל כן הוחל טיפול בקסרלטו- הפסיק לפני חודשיים לדבריו לפי הנחיית הקרדיולוג באיכילוב- אולם לא מוצא לכך תיעוד.

סיבת הגעתו למרפאתנו-

מבקש אישור שאינו כשיר לשוב לעבודתו

ממצאים: נוירולוגית- לידיים:

כוח גס- יד ימין- מוגבלות ניכרת בתנועות כף היד והאצבעות- דורסיפליקה ופלמופלקסיה - עד 5 מעלות, סופינציה - עד 45 מעלות, פרונציה- טווח כמעט מלא. חולשת אקסנציית אצבעות ולפקסיית אצבעות. אינו מסוגל לכופף האגודל ואצבעות 4-5 עד הסוף. חולשת אבדוקציית ואדוקציית האצבעות, חולשת טבעת 1-2 ואינו מסוגל לבצע טבעת באצבעות 1-5. החזרים- הופקו שווים דו"צ בכל התחנות חישה-שווה דו"צ וללא פלס תחושת או הפרעת תחושה בפיזור דרמטומי או עצבי

FITNESS FOR WORK EXAMINATION- INTERNE

טיפולים:

דיון ואבחנה מبدלת:

בן 55, נהג-סבל מזה 5 שנים.

מזה מספר שנים סובל מכאבים בכפות הידיים - אובחן כסובל מ-CTS דו"צ יותר מימין ב-2/2019 וב-5/2019 עבר ניתוח לשחרור העצב המדיאני+ הוצאה חלקית של עצם מטאקרפלית. מאז החמרה כללית במצב כף יד ימין. כאב בעת התנגדות או תנועה (ללא תנועה אין כאב), לפי רופא כף יד וריפוי בעיסוק ישנה

מ.ר גורם מפנה



109284

שם: ד"ר דודזון אייל

תחום שירות: מתמחה רפואה תעסוקתית

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

טלפון: (שלוחה 3) 03-5122122

פקס: 0732284260

פרטי הנבדק:		שם משפחה: רוימי		שם פרטי: שמעון		ת.ז.: 59098459	
ת.לידה:		12/09/1964		מין: ז		טלפון: 036871872	
כתובת:		אסירי ציון 35, תל אביב - יפו		מיקוד: 6687846		טל.עבודה/נייד: 0525553633	
0059098459							

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

לכבוד:

ד"ר בסלוב מריאנה

בבדיקה שנעשתה ב: 22/09/2019

עקב: בן 55, ג'3+, מעשן מזה 35 שנה אולם ב-5 שנים האחרונות הגביר את הצריכה ל-2 חפיסות ליום, דומיננטי ימני רקע רפואי.

מזה שנתיים סובל מכאבי במפרקי כפות הידיים, אובחן ב-2/2019 כסובל מ-CTS דו"צ ב CT נראים שינויים שחיקתיים מימין בעיקר המעברים את המפרק בין הסקפואיד לרדיוס אולם גם במידה פחותה אזורים אחרים. רקע תעסוקתי-

מזה 5 שנים עובד כנהג-סבל בחברת "שירותי ארגל" - ציוד של מסעדות לבתי מלון ומסעדות, אולמי חתונות שעות עבודה- 9 שעות ליום 5 ימים בשבוע טרם כן עבד בהסעות

תלונה נוכחית- למרות כאבי כפות הידיים המשיך לעבוד (מוסר שהיתה החמרה לפני שנתיים בעקבות תאונת עבודה אולם לא דיווח עליה ועל כן אין תיעוד על כך)

בתאריך 13/5/2019 - עבר ניתוח לכף יד ימין- PRC ושחרור תעלה קרפליית מימי מאז סובל מכאבים בכף יד ימין עם מוגבלות בתנועות כף היד והאצבעות - ייעוץ אורתופד כף יד אחרון בתאריך 22/7/2019 - 22.7.19

ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד במגמת שיפור. ממשיך לסבול מהגבלה בטווחי תנועה של האצבעות. בבדיקה צלקת תקינה, טווח שורש יד 10 מעלות וולארי, 20 דורסלי, רוטציות תקינות. הגבלה בכיפוף אצבעות פסיבית ואקטיבית. צילום ביקורת שורש יד עמדה שמורה המלצות

ביקורת עוד חודשיים הפעלה אקטיבית + פסיבית שורש יד הפעלת אצבעות לטווח מלא כולל שימוש בסדים סטטים פרוגרסיבים חופשת מחלה חודשיים - הערכת ריפוי בעיסוק אחרונה בתאריך 21/8/2019 חסר לכיפוף יישור כיפוף אצבעות ואגודל. כאבים * לציין שלאחר הניתוח החל לסבול מפרפור ועל כן הוחל טיפול בקסרלטו- הפסיק לפני חודשיים לדבריו לפי הנחיית הקרדיולוג באיכילוב- אולם לא מוצא לכך תיעוד.

סיבת הגעתו למרפאתנו- מבקש אישור שאינו כשיר לשוב לעבודתו

ממצאים: נירולוגית- לידיים:

כוח גס- יד ימין- מוגבלות ניכרת בתנועות כף היד והאצבעות- דורסיפליקה ופלמופללקסיה - עד 5 מעלות, סופינציה - עד 45 מעלות, פרונציה- טווח כמעט מלא. חולשת אקסנצית אצבעות ולפקסית אצבעות. אינו מסוגל לכופף האגודל ואצבעות 4-5 עד הסוף. חולשת אבדוקציית ואדוקציית האצבעות, חולשת טבעת 1-2 ואינו מסוגל לבצע טבעת באצבעות 1-5. החזרים- הופקו שווים דו"צ בכל התחנות חישה-שווה דו"צ וללא פלס תחושת או הפרעת תחושה בפיזור דרמטומי או עצבי

דיון ואבחנה מבדלת:

בן 55, נהג-סבל מזה 5 שנים. מזה מספר שנים סובל מכאבים בכפות הידיים - אובחן כסובל מ-CTS דו"צ יותר מימין ב-2/2019 וב-5/2019 עבר ניתוח לשחרור העצב המדיאני- הוצאה חלקית של עצם מטאקרפליית. מאז החמרה כללית במצב כף יד ימין. כאב בעת התנגדות או תנועה (ללא תנועה אין כאב), לפי רופא כף יד וריפוי בעיסוק ישנה מוגבלות וכאב. בבדיקת כעת מוגבלות קשה בכף היד והאצבעות- מכוון לפגיעה בעצבים רדיאלי ואולנרי בנוסף לעצב המדיאני אשר תואר

מ.ר גורם מפנה



109284

שם: ד"ר דודזון אייל

תחום שירות: מתמחה רפואה תעסוקתית

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

טלפון: (שלוחה 3) 03-5122122

פקס: 0732284260

פרטי הנבדק:		שם משפחה: רוימי		שם פרטי: שמעון		ת.ז.: 59098459	
ת.לידה: 12/09/1964		מ.י.נ: ז		טלפון: 036871872		טל.עבודה/נייד: 0525553633	
כתובת: אסירי ציון 35, תל אביב - יפו		מיקוד: 6687846					

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

כפגוע חלקית.

- בנוסף יש לציין שהמטופל הפסיק הטיפול בקסרלטו לפני חודשיים- לדבריו עשה זאת לפי המלצת הקרדיולוג אולם אין תיעוד לכך במערכת ולא הביא המסמך - להמשך בירור דחוף של רופאת המשפחה.
 כושר עבודתו יוחלט לאחר דיון עם ד"ר בן-הרוש מנהלת המרפאה:

אבחנה:

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- CARPAL TUNNEL SYNDROME Bi-Lateral
- CARPAL TUNNEL RELEASE Right
- HAND PAIN
- ATRIAL FIBRILLATION

סיכום והמלצות: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- המטופל הפסיק הטיפול בקסרלטו לפני חודשיים- לדבריו עשה זאת לפי המלצת הקרדיולוג אולם אין תיעוד לכך במערכת ולא הביא המסמך - להמשך בירור דחוף של רופאת המשפחה.
- כושר עבודתו בשל מצבו האורתופדי-נירולוגי בכף יד ימין - יוחלט לאחר דיון עם ד"ר בן-הרוש מנהלת המרפאה- ינתן בימים הקרובים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: אין צורך במעקב לביקור זה

22/09/2019

ד"ר דודזון אייל מ.ר.
 מתמחה רפואה תעסוקתית
 מ.ר. 109284

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מ.ר גורם מפנה



109284

שם: ד"ר דודזון אייל

תחום שירות: מתמחה רפואה תעסוקתית

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

טלפון: (שלוחה 3) 03-5122122

פקס: 0732284260

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מ.י.ן: ז

12/09/1964

ת.לידה:

מיקוד: 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

מוגבלות וכאב.

בבדיקת כעת מוגבלות קשה בכף היד והאצבעות- מכון לפגיעה בעצבים רדיאלי ואולנרי בנוסף לעצב המדיאני אשר תואר כפגוע חלקית.

- בנוסף יש לציין שהמטופל הפסיק הטיפול בקסרלטו לפני חודשיים- לדבריו עשה זאת לפי המלצת הקרדיולוג אולם אין תיעוד לכך במערכת ולא הביא המסמך - להמשך בירור דחוף של רופאת המשפחה.

כומר עבודתו בדיון עם ד"ר בן-הרוש מנהלת המרפאה- בהמלצות

אבחנה:

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- CARPAL TUNNEL SYNDROME Bi-Lateral
- CARPAL TUNNEL RELEASE Right
- HAND PAIN
- ATRIAL FIBRILLATION

סיכום והמלצות: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד - להלן המסקנות הבאות:

- המטופל הפסיק הטיפול בקסרלטו לפני חודשיים- לדבריו עשה זאת לפי המלצת הקרדיולוג אולם אין תיעוד לכך

במערכת ולא הביא המסמך - להמשך בירור דחוף של רופאת המשפחה.

- באשר לכומר עבודתו לאחר דיון עם ד"ר בן-הרוש מנהלת המרפאה-

בשלב זה אינו כשיר לעבודות הכרוכות בשימוש אינטנסיבי בכפות ידיו או בהרמת משאות כבדים- ועל כן בשלב זה אינו

כשיר לשוב לעבודתו כנהג-סבל או לעבודות דומות לזו- ללא צפי לשינוי בטווח הנראה לעין

- המשך טיפול מול ביטוח לאומי וחברת ביטוח

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: אין צורך במעקב לביקור זה

22/09/2019

ד"ר דודזון אייל
מתמחה רפואה תעסוקתית
מחוז מרכז

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך ושעת ההדפסה: 12:40 23/09/2019

חסוי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 55	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 23/09/2019 שעה: 10:41 מספר ביקור: 37433264

בריא בדרך כלל
הרגלים

מעשן/ת: כ 30 סיגריות ליום מזה
לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות
סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן
המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

לא ידועה רגישות לחומרים
ניתוחים בעבר

S/P PARTIAL OSTECTOMY CARPALS/METACARPALS (Right)
(הערה: PRC) (13/05/2019)
S/P CARPAL TUNNEL RELEASE (Right) (13/05/2019)

סיכום ודין

13.5.19 עבר PRC ושחרור תעלה קרפלית מימין

28/5/19
הגבס הוחלף, צלקת נקייה, תפרים הוצאו

המלצות:
המשך גיבוס שבוע נוסף
בקורת עוד שבוע
נא לשריין תור לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה סמוך לאחר הבקורת
חופשת מחלה חודשיים
משככי כאבים לפי הצורך

4/6/19
3 שבועות מהניתוח. סד גבס הוסר כעת.
מציין כי ללא הרדמות אצבעות 1-3 מאז הניתוח.

בבדיקה:
צלקות תקינות
נפיחות ניכרת של כף היד והאצבעות
נוקשות כמצופה - יישור 0 כיפוף 10, סופינציה מלאה, פרונציה 60.

שם: שמעון רוזימי	ת"ז: 59098459	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
------------------	---------------	-------	------------------------

בצילום: עמדה מתקבלת

צפוי להתחיל פזיותרפיה וריפוי בעיסוק בשבוע הקרוב

המלצות:

טיפול במסגרת פזיותרפיה / ריפוי בעיסוק: הפעלה אקטיבית ופסיבית לשיפור טווחים
חופשת מחלה עד סוף חודש יולי
ביקורת בעוד 6 שבועות

22.7.19

ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד במגמת שיפור.
ממשיך לסבול מהגבלה בטווחי תנועה של האצבעות.
בבדיקה - צלקת תקינה, טווח שורש יד 10 מעלות וולארי, 20 דורסלי, רוטציות תקינות.
הגבלה בכיפוף אצבעות פסיבית ואקטיבית.
צילום ביקורת שורש יד - עמדה שמורה

המלצות

ביקורת עוד חודשיים
הפעלה אקטיבית + פסיבית שורש יד
הפעלת אצבעות לטווח מלא כולל שימוש בסדים סטטים פרוגרסיביים
חופשת מחלה חודשיים
מרפאה תעסוקתית

23.9.19

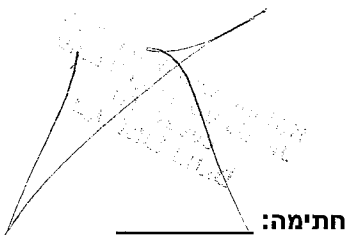
ממשיך לסבול מכאבים והגבלה בטווחי תנועה. בבדיקה - צלקת תקינה, טווח דורסלי 20, וולארי 20, רוטציות תקינות, הטייה
רדיאלית 0, אולנרית 15, הגבלה בסוף כיפוף אצבעות, מגיע עד 1 ס"מ מאספקט וולארי של כף היד.
צילום עמדה שמורה.

המלצות

ביקורת 3 חודשים
המשך פזיותרפיה וריפוי בעיסוק - הפעלה מלאה שורש יד ואצבעות
שימוש בסדים סטטים פרוגרסיביים לכיפוף האצבעות
המשך מעקב מרפאה תעסוקתית
בשלב זה אינו יכול לחזור לעבודתו עד הביקורת הבאה

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא



ד"ר רודיק אורן מ.ר. 96864

מכתב נחתם ע"י:



סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רוימי	שם פרטי: שמעון	ת.ז.: 59098459
תאריך לידה: 12/09/1964	גיל: 54	טלפון: 052-5553633
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: אסירי ציון 19 תל אביב-יפו 6687841

נתוני ביקור - תאריך: 14/04/2019 שעה: 08:49 מספר ביקור: 36950373

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

סיכום ודיון

14.4.19

דיון טרום ניתוח

בן 54, בריא בדרך כלל, עישון. יד ימין דומיננטית. סבל מתלונן על כאבים בשני שורשי הידיים יותר מימין מזה זמן רב, ללא סיפור ברור של חבלה אולם לדבריו נחבל לפני מספר חודשים עם החמרה בכאבים לאחר מכן. כמו כן מתלונן על רדימות באצבעות יד ימין לעיתים רחוקות. הכאבים גם במנוחה, יותר במאמץ, מעיר משינה. בצילומים מ-2016 של שורש יד ימין נראה חסר חיבור של שבר סקפואיד עם שינויים שחיקתיים בצילומים ממאי 2018 - רושם להתקדמות השינויים השחיקתיים בבדיקה - רגישות דורסלית מול SL, ASB ואספקט וולארי רדיוס דיסטלי. נוקשות ניכרת של שורש יד ימין לכיפוף וישור שחלקה אנטלגית. פרונציה תקינה. סופינציה 40. טיגל ודורקן חיוביים ל CTS. לציין בצילומים משמאל נראית ציסטה בסקפואיד ובבדיקת שורש יד שמאל רגישות עלפני הסקפואיד וכאבים בסוף טווחי תנועה. ב CT נראים שינויים שחיקתיים מימין בעיקר המעברים את המפרק בין הסקפואיד לרדיוס אולם גם במידה פחותה אזורים אחרים. ב EMG עדות ל CTS דו צדדי MOT LAT RT4.8 LT4.9 SEN LAT RT4.6 LT5.0 בדיון הומלץ על ניתוח SALVAGE מימין עם אפשרות ל PRC עם אינטרפוזיציה של קפסולה וכן שחרור תעלה קרפלית, דנרווציה. הוסבר על מהלך הניתוח, מהלך בתר ניתוחי. כמו כן במידה וימשיך לסבול מכאבים בשורש היד ייתכן ויצטרך לעבור ניתוח נוסף לקיבוע שורש היד מעוניין

הפניה לניתוח

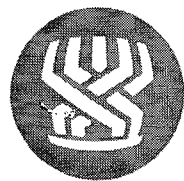
מופנה לניתוח: ק

שם הניתוח: CTR + PRC שורש יד ימין + דנרווציה

חתימה:

דר' רודיק אורן מ.ר. 96864

מכתב נחתם ע"י:



טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 03-5127402

שעות מענה: א-ה 17:00-8:00

קבלת קהל: א,ג,ה 12:30-8:00

ב,ד 17:00-15:00

זימון תור ב- *8321

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: יפו

התקומה 30

תל אביב-יפו 6816327

תיק: 059098459-60-01

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

606-087-008

תיק: 059098459-60-01

ז' בכסלו, תש"פ

05 בדצמבר 2019



אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר שמעון רוימי, תאונת עבודה מתאריך 10/04/2017

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר שמעון רוימי ת"ז 5909845/9, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין
התאונה מיום 10/04/2017

בכבוד רב,
בז'רנו יהודית
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

(החתימה)



מכון דימות: רמת גן כתובת: אורה 4 רמת גן טלפון: 03-6750333

פרטי רופא מפנה:

שם: בורשטיין אריה

מ.ר: 18519

תאריך הבדיקה: 14/05/2018

תאריך הפיענוח: 14/05/2018

שם הנבדק: רוימי שמעון

ת.ז. הנבדק: 59098459

כתובת הנבדק: אסירי ציון 35 תל אביב-יפו 66878

טלפון הנבדק: 0525553633 טלפון נייד:

תשובת בדיקת דימות: 18303411

פרק כף יד ימין ושמאל

***סיבת ההפניה:**

ARTHRALGIA

***ממצאים:**

צ. שורשי כפות ידיים

=====

הודגמו שינויים אוסטאוארטרוטיים במפרקים:

RC דו"צ,

STT דו"צ,

אין עדות לשבר, תזוזה או ממצא גרמי אחר.

בברכה

דר' דימה זיו

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

טל: *6050 או 04-8812345

פקס: 03-5127402

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 08:30-13:00

ב,ד 00:00-15:00

זימון תור ב- *8321

דמי פגיעה

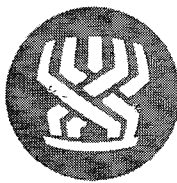
שירות חדש: זימון תור *8321

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: יפו

התקומה 30

תל אביב-יפו 6816327



לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

דף 1 מתוך 1

606-087-008

תיק: 059098459-60-01

ח' בטבת, תש"פ

05 בינואר 2020



אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר שמעון רוימי, תאונת עבודה מתאריך 29/02/2016

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר שמעון רוימי ת"ז 5909845/9, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה מיום 29/02/2016

בכבוד רב,

בז'רנו יהודית

פקיד תביעות

נפגעי עבודה

(Handwritten signature)



שרותי ארגל

שיווק לבתי מלון ומסעדות בע"מ

בית ארגל | דרך קיבוץ גלויות 20, ת"א 68166

טל 6829999 03 | פקס 6823080 03 | עוסק מורשה 510882806

Argal services | Argal building 20 Kibutz galuyot Rd.

Tel-Aviv 68166, Israel | Tel (972) 3 6829999 | Fax (972) 3 6823080

פתרונות הגשה ואירור

2/2

2/1 פרייבז

19.2.20

הנבון: חייגי שמסון.

בהמשך נשמח שיתכנסו

חא מלאגי אה סאפס ג.ת.י. 250

לכל המלגה ופלאיה האסונה אנפסא אסקוזה.

לוא חצרי אסי וסצבן אלהי ורבי גוסא חאואי

גמלה

אגו כיוז

חשבה שבר.

2017 גמלה

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

ale

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

2.1.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב התקומה 30
תל אביב יפו 6816327

א.ג.נ.,

הנדון : שמעון רוימי, ת.ז. 59098459

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 5.12.19 והריני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מבירור שערך מרשי אשר כלל את הזמנת תיקו הרפואי עולה כי התאונה אירעה ביום 29.2.16 ולא בתאריך שצויין במכתבי הקודם.
2. מצ"ב התיעוד הרפואי.
3. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בתביעת מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

01/03/2016 19:36:38 *

גיל: 51.5

רישום ביקור אורטופד

שם רופא/ה: ד"ר שם טוב רועי

תחום הטיפול: טראומטולוגיה מוקד רפואה דחופה

רופא מפנה: ד"ר בורשטיין אריה

* תלונות: ב-29.2.16 נפילה על ידיים מושטות, נבדק באיכילוב לפי מכתב לא אובחן שבר

עדחייך כאבים בכפות ידיים דו"צ

ללא רגישות שורש יד או SB

ללא חסרים NV

טווחים תקינים מלווים בכאבים

בצילום: ללא נזק גמרי חריף

קובע בסד גבס THUMB SPICA אנלגטי

המלצות:

קיבוע ליומיים וחזרה הדרגתית לפעילות

בכל החמרה לרופא

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

SPRAIN HAND

אבחנה

מאפ

מאפ

הערה

קוד

99942

מדיקות/רפניות

מכון רנטגן

POP-Forearm/hand

טיפול

קוד

2230

מקורות

7

X

1

מוזמן למעקב:

על פי צורך

מכתב שחרור כן

1097703

24/06/2018 17:47:30

גיל: 53.9

גיל:

רישום ביקור אורטופד

שם רופא/ה: ד"ר ליברמן אבידוב

תחום הטיפול: אורתופדיה

תלונות: כאבי ש,כ, לאחר נפילה לפני כ 3 חודשים
עובד בסבלות היו כאבים טרם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: הגבלת תנועה במיוחד מימין
בצילום SLACK

182065

מספר ביקור:

25/12/2019 13:07 בתאריך: חודפס
חודפס ע"י: דבורה דוד חרשקוביץ
01/03/2016 11:45:08 רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
חימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00035836473

גיל: 51.5

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: נפל נחבל מ-8 מדרגות ב ברך ומרפק נבדק איכלוב 29.2.16
ללא שבר צלומי צוואר כף רגל ברך
מתלונן על כאב ראש סחרחורת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מרפק ימין קונטוזיה שטחית הגבלה תנועת כתף ימין נפחות קונטוזיה שטחית מצח
ולסת שמאל
רגשות שורש כף יד ימין
קונטוזיה שטחית ברך שמאל

לחץ דם 85 / 140

גובה 164 ס"מ משקל 82 ק"ג BMI 30.5

גיל לאחוזון: 11.5

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FALLING

קוד	בדיקות/הפניות
99866	מוקד רפואה דחופה
99919	מכון
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

יח שימוש	M	קוד	P C N	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לחיתה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליות		61738	Y N N		1	10	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 10

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	29/02/2016	03/03/2016

מוזמן למעקב:

על פי צורך

1214400 !

25/12/2019 13:07: חודפס בתאריך:
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
13/03/2016 13:41:54: רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רישום שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00036566350

גיל: 51.6

תחום הטיפול: משפחה

שם חופאה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 01/03/2016
נפל נחבל מ8 מדרגות ב ברך ומרפק נבדק איכלוב 29.2.16
ללא שבר צלומי צוואר כף רגל ברך
מתלונן על כאב ראש סחרחורת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 01/03/2016
מרפק ימין קונטוזיה שטחית הגבלה תנועת כתף ימין | נפחות קונטוזיה שטחית מצח
ולסת שמאל
רגשות שורש כף יד ימין
קונטוזיה שטחית ברך שמאל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FALLING

קוד	בדיקות/הפניות
99871	הפניה לאביזר / ציוד רפואי

קוד	מתאריך	עד תאריך	סוג האישור	אישור מחלה
C00001	06/03/2016	13/03/2016		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1214400

25/12/2019 13:07 בתאריך: חודפס
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
24/07/2016 15:50:56 רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רוימי שמעון; ת.ז: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00044428940

גיל: 51.10

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: כאב כפות ידיים כף רגל בדירכה ימין
מצב אחרי חבלה לפני מס חודשים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אצבע הדק 2 כף שמאל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ARTHRALGIA			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
99866	מוקד רפואה דחופה
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1214400

25/12/2019 13:07 חודפס בתאריך:
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
28/10/2017 21:43:12 רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רוימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00072477407

גיל: 53.1

תחום הטיפול: משפחה מוקד רפואה דחופה

שם רפא/ה: דר ולימיר דניצק

סיבת הפניה: דחף צמר גבן לתוך האוזן

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אכן באוזן נמצא צמר גפן לא ניתן להוציא

דיון ואבחנה מبدלת: מופנה לאאג להוציא צמר גפן

דין ואבחנה מבוטל			
אבחנה		מאפ	מאפ
FOREIGN BODY EAR			
קוד	בדיקות/הפניות		
99865			
חדר מיון			

המלצות למטופל: מופנה דחוף לאאג להוציא גוף זר

מוזמן למעקב:

על פי צורך

מכתב שחרור כן

1898103 !

25/12/2019 13:07: חודפס בתאריך:
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
13/05/2018 13:37:45: רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רויסי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00085625694

גיל: 53.8

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: כאב כפות ידיים אחרי נפילה לפני חודשיים
עובד פיזית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ARTHRALGIA

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	
99942	בדיקות מעבדה
CON47	מכון רנטגן
	התייעצות מומחה - אורתופד כף יד

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1		14 לבליעה	1		Y	N	N	38663	0	טבליה

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
15/05/2018	13/05/2018	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1214400

חודפס בתאריך: 25/12/2019 13:07
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
רישום מתאריך: 17/06/2018 14:55:17

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00087975689

גיל: 53.9

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 13/05/2018:

כאב כפות ידיים אחרי נפילה לפני חודשיים
עובד פיזית

הטבה חלקית עם ארקוקסיה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ARTHRALGIA

קוד	בדיקות/הפניות
CON47	

התייעצות מומחה - אורתופד כף יד

תחנות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	Op	חלופה	P C N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבלעה	14	1		Y N N	38663	0	טבלה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 1214400

חודפס בתאריך: 25/12/2019 13:07
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
רישום מתאריך: 04/12/2018 09:43:17

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רוימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00099378786

גיל: 54.2

תחום הטיפול: משפחה

שם חפאה: ד"ר בורשטיין אריה

סיבת הפניה: חבלה ביד נבדק מרפאת כף יד אכלוב בצילום 2016 שבר בסקפואיד חסר חיבור צילום חדש 2018 ציסטה בסקפואיד וכן חשד ל CTS = טינל ופאלן חיוביים
הומלץ CT EMG
ט 17 מרפאת כף יד איכלוב 14.1.18 החלטה על נתוח
כאב כף רגל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגשות עקב שמאל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
LEG PAIN	Lt		
HAND PAIN	Rt		

קוד	בדיקות/הפניות
99919	מכון
99939	מרכז ארצי ליעוץ - C.T
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
99942	מכון רנטגן

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
OCCULT BLOOD KIT PROVIDED	8002	01.0	1	!

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1214400

25/12/2019 13:08: חודפס בתאריך:
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
24/01/2019 10:19:18: רישום מתאריך:

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
רויחי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00103291782

גיל: 54.4

תחום הטיפול: ראומטולוגיה

שם רופא/ה: ד"ר פישל ריטה

רופא מפנה: דר בורשטיין

סיבת הפניה: נימול של כפות הידיים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אמג עדות לCTS חוזדדי

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CARPAL TUNNEL SYNDROME			

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
EMG	9586	00.0	1	!

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1152203

חודפס בתאריך: 25/12/2019 13:08
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ
רישום מתאריך: 28/02/2019 11:23:43

דף 1

ביקור משפחה/ילדים
חימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

מספר ביקור: 00106037132

גיל: 54.5

תחום הטיפול: משפחה

שם חפא/ה: ד"ר בסלוב מריאנה

סיבת הפניה: בן 54, בארי בדרך כלל, ידוע על עישון, ללא טיפול תרופתי קבוע
מעמד ל ניתוח אורטופדי בכף יד ..
פנה ל צורך בדיקות לפני ניתוח

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRE OPERATIVE CARE
קוד	בדיקות/הפניות		
99862			
99942			
LAB000			
אחות			
מכון רנטגן			
בדיקות מעבדה			
סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
	C00003		
אישור רפואי			

מוזמן למעקב:

על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
HbA1C תוצאות המוגליבין מסוכרר וגלוקוז תקינות בשנתיים האחרונות			מעבדה - תחום מעבדה a

! 0333200

חודפס כתאריך: 25/12/2019 13:02
חודפס ע"י: דבורה דוד הרשקוביץ

דף 2

הדפסת תיק מטופל
רוימי שמעון; ת.ז.: 59098459; גיל: 55.3

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PAIN HAND

קוד	בדיקות/הפניות
99871	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0319908

14/11/2018 16:14:10

רישום ביקור אורטופד

גיל: 54.2

שם רופא/ה: ד"ר פעילן יעקב

תחום הטיפול: כרורגית כף יד

מספר ביקור: 352787

תלונות: כאבים, לדבריו נחבל לפני שנים רבות והשנה נחבל שוב.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: שכי ימין: כאב בהנעה. י 30 כ 20 ס 80 פ 70 קמיצה מלאה.
צילומים 2018 - SNAC דרגה 3. לא ברור אם A או B. החמרה בהשוואה ל- 2016.
הוסברה המשמעות והאפשרות הניתוחית.
לבקשתו מופנה לאיכילוב.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OSTEOARTHROSIS LOCALIZED PRIMARY

קוד	בדיקות/הפניות
99867	מרפאות חוץ

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0393100

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 02/01/2020 19:30
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	02/01 19:25
FAX NO. /NAME	5127402
DURATION	00:05:20
PAGE(S)	12
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

2.1.20

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מרחוב התקומה 30
תל אביב יפו 6816327

א.ג.נ.,

הנדון : שמעון רויבלי, ת.ז. 59098459

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 5.12.19 והריני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מבירור שערך מרשי אשר כלל את הזמנת תיקו הרפואי עולה כי התאונה אירעה ביום 29.2.16 ולא בתאריך שצויין במכתבי הקודם.
2. מצ"ב התייעוד הרפואי.
3. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בתביעת מרשי.

12:09p 19 אוק 25

ג'זל

073/269494

11

חוק הביטוח הלאומי

הסתדרות 'מכבי' ישראל

ד"ר בסלוב מריאנה

מכבי שירותי בריאות

מומחית ברפואה פנימית

אגודת לעזרת רפואת

מס' רשיון: 33078

שירות רפואי מוסמך

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם תאג		מס' זיהוי		שכיר/עצמאי	
רוימי		שמעון		לא ידוע		59098459		שכיר	
ישוב		רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה	
תל אביב - יפו		אסירי ציון		35		6687846		1964	
שם המעביד וכתובתו				טלפון		מקצוע			
שירותי ארגל				0525553633		נהג חלוקה			
ת. פגיעה		שעה		התעסקות בשעת הפגיעה					
10/04/2016		11:00		חבלת יד ימין מפילה					
האבר שנפגע				שם הרופא המטפל				נמצא בטיפול מיום	
יד ימין				בסלוב				22/10/2019	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיע אליהם והיכן קיבל טיפול:

ביקור חוזר מתאריך: 03/10/2019

בן 55 ברקע עיסוק על פי דבריו ב-2016 נחבל בעבודה ביד ימין מפילה, נמצא בטיפול אורטופד כף יד בבדיק מרפאת כף יד אכלוב בצלום 2016 שבר בסקפואיד חסר חיתור צילום חדש 2018 ציסטה בסקפואיד וכן חשול CTS = טינל ופאלן חיוביים
CT EMG הומלץ
בבדיק מרפאת כף יד איכלוב 14.1.18 החליטה על ניתוח
עבר ניתוח אלקטיבי בית חולים איכלוב, ניתוח אלקטיבי ביד ימין ב-13.05.19 CARPAL TUNEL RELEASE
לאחר ניתוח אירוע של פירפור עליות, טופל ב העמסת פרוקור חזר ל סינסי.
בועץ קרדיאלוג מעבר ל עמסת הפרוקור החל טיפול ב אנטיקוגולציה XARELTO 20 מייג ליום, קרדילוג 2.5 מייג 1'.
בשיחור מומלץ על המשך טיפול.
מעקב קרדיאלוג, לבצע הולטר אקג.
מעבדה כולל CRP.
ביקורת מרפאת כף יד בית חולים איכלוב.
הוצאת תפרים בעוד שבועיים
פיזיותרפיה / ריפוי בעיסוק בקופת
לאחר אישפוז ביקר אצל רופא תעסוקתית עדיין לא מסוגל לחזור ל עבודה מומלץ המשך טיפול מול ביטוח לאומי, חברת ביטוח

אבחנה:

• CARPAL TUNEL RELEASE

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

12:10p 19 אוק 25

ג'זל

ימים, הייג מיום: 13/05/2019 עד יום: 31/10/2019 (בכלל)

22/10/2019

תאריך הבדיקה

החתימה והחותמת הרלוונטיות
 חתום: [שם]
 תאריך: [תאריך]

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

מ.ר גורם מפנה



018519

שם: ד"ר בורשטיין אריה

תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה

כתובת: החולה 17, רמת גן

טלפון: 03-6779706

פקס: 03-6779721

קוד הפניה: 099568062

פרטי הנבדק

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז 12/09/1964

ת.לידה:

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופד כף ידתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 13/05/2018:

כאב כפות ידיים אחרי נפילה לפני חודשיים
עובד פיזית

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעש/ת: לא

מטרת ההפניה: חו"ד

17/06/2018

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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 - 17/06/2018 עד תאריך - 14/12/2018

מ.ר גורם מפנה



018519

שם: ד"ר בורשטיין אריה

תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה

כתובת: החולה 17, רמת גן

טלפון: 03-6779706

פקס: 03-6779721

קוד הפניה: 096774105

פרטי הנבדק

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל.עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

ת.לידה: 12/09/1964

מין: ז

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

דף מידע לבדיקות

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 13/05/2018 עד תאריך 11/08/2018.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL,

ד"ר אריה בורשטיין
מומחה ברפואת המשפחה
מ.ר. 018519 מ.ר. 17320

מ.ר. גורם מפנה



018519

שם:

ד"ר בורשטיין אריה

תחום שירות:

מומחה ברפואת המשפחה

כתובת:

החולה 17, רמת גן

טלפון:

03-6779706

פקס:

03-6779721

קוד הפניה:

096774240

פרטי הבדק

שם משפחה: רוימי

שם פרטי: שמעון

ת.ז.: 59098459

ת.לידה:

12/09/1964

מין: ז
אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:

טל.עבודה/נייד: 0525553633

מיקוד 6687846



0059098459

התייעצות מומחה

תחום שירות:

אורתופד כף יד

- במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: כאב כפות ידיים אחרי נפילה לפני חודשיים
עובד פיזית

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעש/ת: לא

מטרת ההפניה: חו"ד

13/05/2018

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

חתימה וחוקמת הרופא

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/05/2018 עד תאריך - 09/11/2018

ד"ר אריה בורשטיין
מומחה לרפואת משפחה
מ.ר. 018519, ת.ז. 59098459



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה					
שנה	חודש	יום			

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין 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		שם פרטי	
טלפון קווי		שם משפחה	
טלפון פקס		רחוב / תא דואר	
מיקוד		מס' בית	
יישוב		קודש / תא דואר	

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

פרטי התובע		שם פרטי	
שם משפחה		מין	
מספר זהות / דרכון		זכר ☒ נקבה ☐	
כתובת		דירה	
רחוב / תא דואר		כניסה	
טלפון קווי		מס' בית	
טלפון נייד		יישוב	
מיקוד		טלפון נייד	

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

פרטי התאונה		נפגע בתאריך	
כאשר עבד ב		שעה	
סוג העבודה		שנה	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		מקום התאונה:	
כתובת מקום התאונה		תיאור התאונה	
האיבר שנפגע		שם המאשר ותפקידו	
שירותי ארגון		תאריך	
שירות לבחינת מלון		חתימה וחומת המעסיק	
ומסעדות בע"מ			

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

מ.ר גורם מפנה



033078

שם: ד"ר בסלוב מריאנה

תחום שירות: מומחית ברפואה פנימית

כתובת: ר"ח לה גרדיה 58, סניף מכבי

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59098459

שם פרטי: שמעון

שם משפחה: רוימי

טל. עבודה/נייד: 0525553633

טלפון: 036871872

מין: ז

ת.ל.ידה: 12/09/1964

ת.ל.ידה:

מיקוד 6687846

אסירי ציון 35, תל אביב - יפו

כתובת:



0059098459

אישור מחלה

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

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 12/05/2019 עד יום: 12/07/2019 סה"כ: 62 ימים.

19/05/2019

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מ.ר גורם מפנה
033078
19/05/2019

לרוק תקף להראות

גלגל מחלה ראשונה תפסד בגלגל

ובן גאר נח מקושר הגדיל טסס.

יפוי כח

אני הח"מ, 14/11/71 מרחוב 35 תל אביב,
 ת.ז. מס' 59091959 להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו 10.4.72
 בענין תאונת דרכים מיום 10.4.72
 נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתו, 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הני"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 הני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 30 לחודש 10 שנה 2019

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ח'נ'	שם פרטי	059091459	שם האב
אסיר' ציון	79	תא	מיקוד	טלפון
רחוב	מס'	עיר		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל - (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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: 30.10.19 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
עוזר אריאל פרייברג חתימה: _____
מס' רשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 06/11/2019 18:52
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	06/11 18:41
FAX NO./NAME	6250222
DURATION	00:11:39
PAGE(S)	41
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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.

6.11.19

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מרחוב יצחק שדה 17
 תל אביב 6777517
 באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.ג.,

הנדון: שמעון רוימי, ת.ז. 059098459
 תאונה מיום 10.4.17

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

בכבוד רב ובתודה,

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 13/12/2020 15:43
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	13/12 15:31
FAX NO. /NAME	5127402
DURATION	00:12:16
PAGE(S)	42
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

13.12.20

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מרחוב התקומה 30
תל אביב יפו 6816327

א.ג.נ.,

הנדון: שמעון רוימי, ת.ז. 59098459

הריני מתכבד לפנות אל כבודכם בעניינו של מרשי שבנדון:

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונת עבודה.
2. בשל טעות ניתן תאריך שגוי והתאריך בו נפגע מרשי בתאונת עבודה הינו 10.4.17 (כפי שהוגש בהתחלה).
3. יצוין כי במסגרת בדיקותיכם מרשי נפגש עם חוקר מטעמכם, אשר שוחח גם עם מקום עבודתו (החוקר שוחח עם מקום עבודתו של מרשי) ועלה כי ביום 10.4.17 נפגע מרשי עת עסק בעבודת חלוקה ברחוב ברקת 16 בנתניה.
4. אשר על כן, הנני מתכבד להגיש את טופס הדמ"פ (נושא את התאריך הרלוונטי) ואודה על טיפולכם ובדיקתכם נוכח האמור ומסקנות החקירה.