

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

5.4.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
תל אביב יפו
באמצעות פקס : 03-5127402

א.ג.נ.,

הנדון : רחל דוידוביץ, ת.ז. 014591424
תאונה מיום 1.10.20

1. מרשתי שבנדון נפגעה בתאונה ביום 1.10.20
2. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים, תעודת ביטוח חובה, רישיון רכב וההודעה שהוגשה למשטרה.
3. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשתי אודה.
*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 14591424 ותאריך הפגיעה 1.10.20 עמוד 1 מתוך 10

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה	המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים			

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
יחל	דודי
תאריך לידה	מספר אישי בצה"ל
26/10/1963	
שנה חודש יום	שנה חודש יום
26 10 1963	
מצב משפחתי:	רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור ☐
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)	
רחוב / תא דואר	מס' בית
ה' יב"א	28
טלפון קווי	טלפון נייד
	0545687775
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	ישוב	מיקוד

נא ציין את מספר תעודת זהות 014571424 ותאריך הפגיעה 1.10.20 עמוד 2 מתוך 10

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	מס' פקס
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 אמור/ה לבצע)		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	טלפון קווי
צה"ל ☐	טלפון נייד
שב"ס ☐	מס' פקס
משטרה ☐	
אחר ☐	
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.	

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
07/10/2020	ח' -	13:15		
שנה	חודש	יום		

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

☐ 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 נפילת רגל, נפילת יד, נפילת כף יד, נפילת כף רגל

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

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

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
07/10/2020	א. א. א.		
שנה	חודש	יום	

4

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

האיר שנופגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
א. א. א.	חבלה	א. א. א.
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
07/10/2020	4:40	א. א. א.
שנה	חודש	יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט:

קופת חולים שבה אתה חבר

☐ כללית ☐ לאומית

☒ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
א. א. א.	א. א. א.	א. א. א.	א. א. א.
שם הרופא	תחום המומחיות	שם טופלתי או אני מטופל	
א. א. א.	א. א. א.	א. א. א.	

5

שם הגוף המייצג או המסייע: היכל חיים

6

1

4	4	5	6	1	5	5		
---	---	---	---	---	---	---	--	--

2

הרכב בבעלות:

רכב ציבורי רכב פרטי אחר

5

מספר זהות / דרכון

6

7

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____

מס' תיק אזרחי _____

פרטים על תאונה בנזיקין

7

סוג התאונה בנזיקין

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין ☐ שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

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

פירוט העיסוקים

8

לפני הפגיעה

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

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

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

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
16	10	20	20	10	20

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

9

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה x

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

ד"ר יואל דוד

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	בנק ישראל - תל אביב	832	07235264

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/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 חתימת מקבל התשלום x 5.4.21

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

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 בודיעין 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.

תאריך 5.4.21 חתימת התובע  x

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 אפוטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל 13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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

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

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה 14

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

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

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

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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____

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

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

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחומתת _____

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

15

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

☐ כן, 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 ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

16

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 _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ✕ _____

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✕ _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה 1.10.20 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
01/10/2020 שנה חודש יום	014591424	60
שם פרטי	שם משפחה	
סל	דזרזל	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

תאריך 5.4.21 חתימת המבוטח * א.:

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 01459424, מרחוב ה' כ"ר 21 ת"ע,
ת.ז. מס' 10-20, בהיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בענין תאונת דרכים מיום 10-20
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

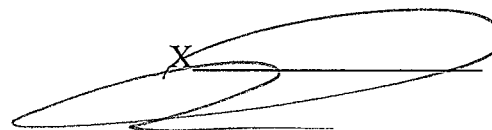
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

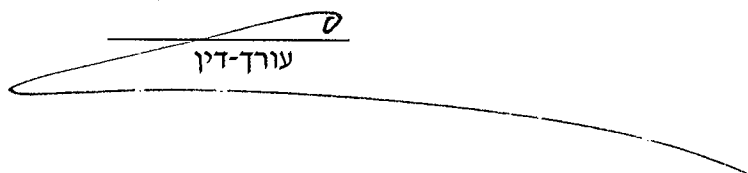
ולראיה באתי על החתום

היום 4 לחודש 4 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרזניצקי
מס' רשיון 62254


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>רזניצר</u>	שם פרטי <u>רחל</u>	תעודת זהות <u>014591424</u>	שם האב _____
ג' כ"ז רחוב	28 מס'	ג' ע"ד עיר	מיקוד _____
טלפון _____			

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

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

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

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

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

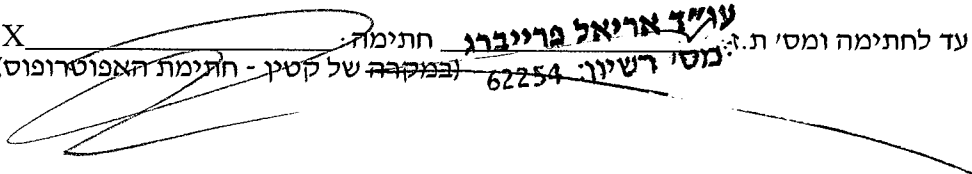
חלק ב' שם קופ"ח: <u>מכ"ל</u> סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____	
רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 4.4.21 עד לחתימה ומס' ת.ז.: _____ עו"ד אריאל פריינברג חתימה: _____
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשיון: 62254

X



העתקה

לכבוד
רחל דוידוביץ
הא באייר 28 (4)
תל אביב-יפו 6299805

ביטוח ישיר

J.J.A



מצורפת בזה תעודת ביטוח החובה לרכבך.
ביטוח החובה תקף רק אם התעודה נושאת חתימה של בנק/דואר.
המאשרת את התשלום.
אנו מאחלים לך נסיעה בטוחה.

ביטוח ישיר

תעודת ביטוח מספר

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ז-1970
(להלן - פקודת הביטוח)

שם לב- מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים
שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.
רחל דוידוביץ 014591424
הא באייר 28 (4) תל אביב-יפו 6299805

שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה

תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה
מספר הפוליסה 1190259201/3
מועד תחילת הביטוח- המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אין לא לפני: 01/06/2019
מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/05/2020

ב.מ.רו (1499) 1181 ספורט אוטו '136 ס' 5 1490 2017

שם היצרן והדגם נפח מנוע (הספק) שנת הייצור : מועד העלייה לכביש

מספר הרישוי של הרכב 4456155
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברישיון הרכב או בתעודת הרישום שלו) פרטי
משקל הרכב מספר שלדה (ככל שקיים) 62-24112

מסירת השימוש המותרות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
הרחבות - כמפורט בגב התעודה (מעבר לדרך).
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו 28/05/19 15:20

1166 סכום דמי הביטוח

איי.די.איי בע"מ שולם 1166 ש"ח באמצעות
בנק מזרחי חן 15:20 28/05/19494-047194

זכור! ביטוח החובה תקף רק לאחר החתמת סניף הבנק/דואר המאשרת תשלום

ביטוח ישיר

תעודת זכוי תעודת ביטוח מספר

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) התשל"ז-1970
(להלן - פקודת הביטוח)

רחל דוידוביץ 014591424
הא באייר 28 (4) תל אביב-יפו 6299805

שם בעל הפוליסה, מס' תעודת הזהות וכתובת בעל הפוליסה

תעודה זו מהווה חלק בלתי- נפרד מהפוליסה
מספר הפוליסה 1190259201/3
מועד תחילת הביטוח- המועד בו הוחתמה תעודה זו בבנק-אין לא לפני: 01/06/2019
מועד פקיעת הביטוח (חצות) 31/05/2020

ב.מ.רו (1499) 1181 ספורט אוטו '136 ס' 5 1490 2017

שם היצרן והדגם נפח מנוע (הספק) שנת הייצור : מועד העלייה לכביש

מספר הרישוי של הרכב 4456155
סוג רכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע ברישיון הרכב או בתעודת הרישום שלו) פרטי
משקל הרכב מספר שלדה (ככל שקיים) 62-24112

1166 סכום דמי הביטוח

לתשלום בכל סניפי הבנקים הבאים:
בנק הפועלים 772-445134
בנק לאומי 800-330-290293/81
בנק דיסקונט 025-268003
בנק המזרחי 094-471940
בנק הבינלאומי 046-409-192031
בנק הדואר 8-91353-2

סוג הרכב לצורך ביטוחו (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע) (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע)
סוג הרכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע) (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע)
סוג הרכב (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע) (בהתאם לסוג הרכב שנקבע במסמך המידע)

התשלום ניתן לביצוע במזומן בלבד
חתימת הבנק/דואר על תעודה זו - אין לה תוקף

ביטוח ישיר

03-5555555

העתקה



רישיון רכב



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
המחויב ע"י חוק

לרשותך מגוון
דרכים לתשלום
האגרה, כמפורט
בגב הטופס

מיד לאחר התשלום
ניתן לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט)
ואין צורך להמתין
לקבלת רישיון
משולם

מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
4456155		M1 פרטי נוסעים		19/06/2021	
דוידוביץ רחל		מספר זהות		01459142-4	
הא באייר 28 דירה 4 תל אביב יפו 62998		תאריך בעלות		20/06/17	
תאריך רישום		תאריך הדפסה		21/10/20	
מועד עליה לכביש 06/2017		מספר שילדה		WBA1R5102H5J27642	
מקומות ישיבה למעט הנהג		תוצר מנוע		B38B15A	
סוג דלק		דגם מנוע		F3271699	
צמיג קדמי		מספר מנוע		205/55R16 91 W	
צמיג אחורי		צבע		205/55R16 91 W	
משקל כולל		משקל עצמי		1885	
משקל מורשה		ו.נריה		אין	

מספר מטל 4X2
חוק סרטיס
רשיון נהיגה מתאים B
רמת אבזור בטיחותי 1

דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום

בעלים נוספים:

תוצר		ב.מ.ו. גרמניה		דגם		מרכב		הצ'בק	
1181		1R51		SPORT		5		קבוצת רישוי	
הספק (כ"ס)		ברקת		דרגת		כרית		אבזר	
136.00		6		6		6		6	
תנאים והגבלות ומידע נוסף:		00143-0557		16-0617		16-0617		00143-0557	

פטור מנשיאת גלגל חילוף

ת.תשלום 07/05/20 סך 2019.00 ש"ח;

רשומון יבוא 730484607

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני 5678*

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי

4456155-21-9

דוידוביץ רחל
הא באייר 28 דירה 4
תל אביב - יפו 62998

בעל הרכב

מספר הרכב
4456155-21-9

כפל

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

הודפס ע"י איזור אישי 21/10/2020 15:04:11

(א.כ.5)

התנתק

הודעה על תאונת דרכים

כללי

לצורך דיווח על תאונת דרכים יש למלא את הטופס הנ"ל, לצרף את כל המסמכים הנדרשים לרבות תמונות, יש לשמור על תמונות המקור.
ניתן להעלות מקסימום 10 תמונות עד גודל של 30 MB

סוגי התאונות שניתן בהם לדווח:

- התנגשות חזית במוח.
- התנגשות עם רכב חונה.
- התנגשות עם עצם דומם.
- פגיעה בנוסע ברכב.

• ניתן לדווח על תאונת חזק ותאונות עם נפגעים בחומרת פגיעה קלה בלבד.
יש להזין את כל הפרטים הידועים לך על כלי הרכב והמעורבים בתאונה (כולל פרטי ביטוח, שמות מעורבים וטלפונים וכן פרטי עדים לתאונה).
לאחר שליחת הטופס נתונים אלו יישמשו לחקירת התאונה.
במהלך החקירה ייתכן כי יעלה צורך לזמן מי מהמעורבים בתאונה להמשך חקירה.
ניתן להיוועץ בעורך דין טרם הגשת דיווח זה.

לצורך הדיווח יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. תעודת זהות
2. רישיון נהיגה בתוקף ליום התאונה
3. רישיון רכב בתוקף ליום התאונה
4. תעודת ביטוח חובב בתוקף ליום התאונה
5. תעודות רפואיות רלוונטיות (במידה ויש צורך)
6. במידה ומדובר בתאונת חזק בלבד, יש לצרף הערכת חזק

האם בילך מעל 18 שנה?
☒ כן ☐ לא

האם אתה נהג חדש?
☒ כן ☐ לא

האם היו נפגעים בתאונה?
☒ כן ☐ לא

ידוע לי כי במילוי ושליחת טופס זה אני מגיש תלונה רשמית על עבירה למשטרת ישראל ויראו את הודעתי זו כאילו נמסרה לשוטרי, אני מודע לחובתי לומר אמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן.

☒ קראתי והבנתי וברצוני להמשיך

תאור תאונה

במקום מסוג כביש בין עירוני	בשעה 13:15	בתאריך 01/10/2020
מספר	רחוב	יישוב
יישוב קרוב תל אביב - יפו	קילומטר 0	מספר כביש 20

הערה (יש לציין מפגש כבישים, שם מחלף וכל מידע רלוונטי נוסף)
בקטע הכביש שבין מחלף עזריאלי למחלף לגונרדייה

סוג התאונה	סיבת התאונה	תת סיבת התאונה
התנגש חזית באחור	(סטייה מנתיב) לא כולל איסור בתמרור	סטייה לימין באופן רצוני
תאריך אשפוז	שעת אשפוז	
	HH:MM	
תאריך שחרור	שעת שחרור	
	HH:MM	

חאור התאונה (אופן קרות התאונה, נסיבות התאונה, הערות וכו')
 בתאריך 1.10.20 בשעה 13:15 נהגתי בכביש איילון בנתיב שני מימין לכיוון דרום, קצת לפני מחלף לגוארדיה, נסעה לצד שמאל שלי משאית, אשר סטתה בנתיב נסיעתה לימין ופגוש המשאית בצידה הימני פגע בחלק האחורי פינתו של רכבי ומשם גלש גלגל המשאית כמעט לאורך כל צד הרכב עד לדלת הנהג, תוך שהוא חורץ את דופן צד שמאל של מכוניתי. התאונה נגרמה עקב נהיגה לא זהירה של נהג המשאית וסטייה של המשאית כלפי. נהג המשאית כלל לא הבחין בי שפגע בי, והמשיך בנסיעתו ורק לאחר שנשעתי אחריו וצפרתי לו ארוכות הבחין בי ונעמד לצד שמאל של כביש 20. למקום הגיע נרכב של נתיבי איילון, הוא הציע לפנות אותי באמבולנס וסירבתי נוצר במקום פקק גדול ובסופו של דבר הגיע למקום עו"ד ממשדרי וסייע לי להתפנות מהמקום, בהמשך הגעתי למוקד חירום לקבלת טיפול.

כלי רכב מעורבים בתאונה

כלי רכב

1

סוג לוחית	מספר רכב
ישראלית	4456155
שם חברת ביטוח	מספר פוליסה
מנורה	200043847672
תאריך תשלום ביטוח	תאריך תחילת ביטוח
תאריך פיקוס הביטוח	
תאור הנזק ברכב	
פגיעה לאורך צד שמאל של הרכב. כנף אחורית, בהתאם לדו"ח שמאי רכב	

פרטי מדווח התאונה

שיפ לב, בתור המודיע עליך להזין את פרטיך האישיים כמעורב מספר אחת בטבלה

מעורב בתאונה 1

שם פרטי		תעודת זהות	ש"יכות המעורב לאירוע
רחלי		014591424	בעל רכב
דואר אלקטרוני		שם משפחה	
racheldavidovich@gmail.com		דידוביץ	
מספר דירה	מספר בית	רחוב	יישוב
4	28	הא באייר	תל אביב - יפו
טלפון בית		טלפון נייד	
		054-5687775	
מספר רישון נהיגה		בתוקף עד	
8252030		26/10/2021	
טופל ב:		קובלתי טיפל במוסד רפואי ☒	
קופ"ח מכבי			

מעורב בתאונה 2

שם פרטי		תעודת זהות	ש"יכות המעורב לאירוע
עאסי		059902502	נהג
דואר אלקטרוני		שם משפחה	
		עפיר	
מספר דירה	מספר בית	רחוב	יישוב
			כפר ברא
טלפון בית		טלפון נייד	
מספר רישון נהיגה		בתוקף עד	
טופל ב:		קובלתי טיפל במוסד רפואי ☐	

שונות

מק לרכוש (תיאור הנזק שנגרם לרכבך ולכלי רכב האחרים או תשתית)

מסמכים גלויים הקשורים לרכב בו היית מעורב בתאונה

תעודת זהות	
רישון נהיגה	רישון נהיגה דידיוביץ.pdf
רישון רכב	רישון רכב נהג המשאית.pdf
תעודת ביטוח רכב	

תעודה רפואית

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה.pdf

תמונות נוספות

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה, df.

תמונות נוספות

תמונות נוספות

צילום המכונית שנפגעה.pdf

תמונות נוספות

☒ אני מצהירה כי הפרטים שמולאו נכונים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים כאחד.
טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.



034102

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מ.י.נ: 0545687775	טל.עבודה/נייד: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	



0014591424

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

תאריך: 02/10/2020

שעת קבלה: 14:49

שעת שחרור: 15:18

סיבת הפניה:

הייתה מעורבת אתמול בת.ד במנגנון צידי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

ממצאים:

כאובה, מתהלכת ומניעה גפיים רגישות דיפוזית לאורך עמש"צ ומותני- הגבהל אנטלגית בהנעה ללא חסר נוירולוגי- תחושת או מוטורי בגפיים עליונות ותחתונות ככל הנראה תופעה מאוחרת של תאונה במנגנון צליפת שוט בשלב זה ממליץ על מנוחה, טיפול אנלגטי והמשך מעקב רופא המטפבהמשך פיזיותרפיה לע"ש והמשך בירור

טיפול אחות

מדירות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
02/10/2020	15:03	לחץ דם	172/99
02/10/2020	15:03	דופק	105

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
02/10/2020	15:03	אומדן כאב	עוצמה: 8	
02/10/2020	15:03	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
02/10/2020	15:05	מיון ראשוני - TRIAGE		
02/10/2020	15:05	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה

תוצאות מעבדה מהיום:

אבחנה:

• LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT

תרופות שניתנו:

ROKACET PLUS 24 CAP - { (למשך 12 ימים) X 1 }

ד"ר זק רם

ד"ר זק רם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 34102

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: 3555*

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה דודוביץ	שם פרטי רחל	שם האב יצחק	מס' זיהוי 14591424	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב תל אביב - יפו	רחוב ה' באייר	מס' 28	מיקוד 62998	שנת לידה 1963
שם המעביד וכתובתו עוד דודוביץ		טלפון 0545687775	מקצוע עוד	חבר (כל) כ
ת. פגיעה 01/10/2020	שעה 03:20	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע ע"ש	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

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

הייתה מעורבות אתמול בת.ד. במנגנון צידי בדרה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

הממצא הקליני:

כאובה, מתהלכת ומניעה גפיים
רגישות דיפוזית לאורך עמש"צ. מותני- הגבהל אנטלגית בהנעה
ללא חסר נוירולוגי- תחושת או מוטורי בגפיים עליונות ותחתונות
ככל הנראה תופעה מאוחרת של תאונה במנגנון צלפת שוט
בשלב זה ממליץ על מנוחה, טיפול אנלגטי והמשך מעקב רופא המטפחהמשך פיזיותרפיה לע"ש והמשך בירור

אבחנה:

• LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

15/10/2020

עד יום:

במשך 14

02/10/2020

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

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.

פרט - חשבונית

מס ביקור



000148707749

פקס: 03-7178253

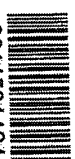
שם רופא: ד"ר זק רם

מומחית: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: *3555

מסמך חתום
דיגיטלית
חשבונית מכבי

ת"ז



0014591424

מיון: נ

שם מטופל: דודוביץ רחל

14591424

ת"ד: גיל 56 שנים ו-11 חודשים

טלפון: 0545687775, 0545687775

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 02/10/2020 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	ערב	לפני שינה	בתוקף לרשימה	מידע מנהלי
מג 50 mg tab, caffeine 15 mg paracetamol phosphate 500 mg * ROKACET PLUS	1 טבלתה 2 פעמים	12 ימים	1 טבלתה	1 טבלתה		02/10/2020-16/10/2020 - כמות לטיפול: TAB 24	השתתפות עצמית: * 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקטת לפקד חלופה גברית שאושרה על ידי הקופה אלא אם הוספה ציין אחרת. * ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי חוקנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי ההחלטות שבתוקף ביום הטיפול. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור, לדיעבד מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית. יטפן בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשבים במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נזיר אינן מוצגות בדף זה ולאורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



034102

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.לידה: 26/10/1963	מין: נ	טלפון: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	טל.עבודה/בייד: 0545687775



0014591424

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

Dr. Orthopedic
LAN 34102

Dr. Orthopedic
LAN 34102

פרטי חופא

מס ביקור

000156423738

073-2284275 פקס

שם חופא:

ד"ר שלומית פלד

מומחיות:

מומחיות ברפואת המשפחה

טלפון:

03-5425252



פרטי מטופל

ת"ז

0014591424

0545687775

שם מטופל: דודוביץ רחל

ת"ז: 14591424

גיל 57 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0545687775

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 04/01/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחות	שם התרופה
TAB 20 השתתפות עצמית: 15 % כמות לניפוק: 04/01/2021-18/01/2021			1 טבליה		1 טבליה	10 ימים	לבלעיה 1 טבליה 2 פעמים	30 mg orphenadrine tab. 500 mg paracetamol * עם האוכל MUSCOL
TAB 14 השתתפות עצמית: 50 % כמות לניפוק: 04/01/2021-18/01/2021			1 טבליה		1 טבליה	14 ימים	לבלעיה 1 טבליה 1 פעם ביום	90 mg etoricoxib tab. * ARCOXIA, ETORICOXIB עם אוכל

* ידוע לי שמורשה הרקחות לנפק חלופה גורית שאושרה ע"י הקופה אלא אם החפא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור. לידענותך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית נוסף בבית המרקחות רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



0027425057



035198

קוד הפניה: 194888501

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הגבדק:		שם משפחה: דודוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.לידה: 26/10/1963		מ.י.נ: נ		טלפון: 0545687775		טל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 57, ג'2, ע"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל.2 *C/S.

אלרגיה - לא ידוע

הרגלים - עישון. שוללת אתיליזם / סמים.

ללא פעילות גופנית סדירה

במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ריאות בגיל 73. סבתא מצד אבא-

סרטן שחלות נפטר בגיל 46.

IHD מגיל צעיר.

מ.ב.: 15/11/2020

ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.

ללא חסר נוירולוגי.

עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.

הגבלה בתנועות צוואר וכאבי ראש. הומלץ על פיזיו' + רפואה משלימה

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 24/11/2019:

מצב כללי טוב, ללא כחנ"צ, לב - קולות סדירים א"ס 1/6, ריאות - נקיות.

12/2019 - בדיקת ד"ר אמיר בר שי - במפ תפקודי ריאות - תקינים.

אבחנה:

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: תאונת דרכים-כאב גב עליון, עורף, שכמות, הגבלה בתנועות צוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2020 עד תאריך - 14/05/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

15/11/2020

חתימה וחומת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- 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.



0027425057



035198

קוד הפניה: 194888501

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דודוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.לדה: 26/10/1963		מין: נ		טלפון: 0545687775		טל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 57, ג'2, ע"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל.2 *C/S.

אלרגיה - לא ידוע

הרגלים - עישון, שוללת אתליזם / סמים.

ללא פעילות גופנית סדירה

במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ריאות בגיל 73. סבתא מצד אבא-

סרטן שחלות נפטרה בגיל 46.

IHD מגיל צעיר.

מ.ב.: 15/11/2020

ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.

ללא חסר נירולוגי.

עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.

הגבלה בתנועות צוואר וכאב ראש. הומלץ על פיזיו'רפואה משלימה

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 24/11/2019:

מצב כללי טוב, ללא כח"צ, לב - קולות סדירים א"ס 1/6, ריאות - נקיות.

12/2019 - בדיקת ד"ר אמיר בר שי - במפ תפקודי ריאות - תקינים.

אבחנה:

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעש/ת : לא

סיבת ההפניה: תאונת דרכים-כאב גב עליון, עורף, שכמות, הגבלה בתנועות צוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2020 עד תאריך - 14/05/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

15/11/2020

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- 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.



0027425057



035198

קוד הפניה: 194888296

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דוידוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.ל.ידה: 26/10/1963		מין: נ		טלפון: 0545687775		טל.עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					



0014591424

מראית מכבי טבעי**סיבת הפניה:**

בת 57, ג'2, עו"ד, בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מ.ל.2 *C/S.

אלרגיה - לא ידוע

הרגלים - עישון, שוללת אתיליזם / סמים.

ללא פעילות גופנית סדירה

במשפחה - אב - נפטר מסרטן קולון בגיל 67. קולונו' תקינה 1/2020. סבא מצד אמא נפטר מסרטן ריאות בגיל 73. סבתא מצד אבא-סרטן

שחלות נפטרה בגיל 46.

IHD מגיל צעיר.

מ.ב.: 15/11/2020

ת"ד 1/10/20 פגיעה צידית ע"י משאית. מנגנון צליפת שוט. בדיקת אורטופד - כאבים ורגישות. מתח שרירי.

ללא חסר נוירולוגי.

עדיין כאובה מאוד בעיקר גב, שכמות, עורף.

הגבלה בתנועות צוואר וכאבי ראש. הומלץ על פיזיו' + רפואה משלימה

- WEIGHT GAIN
- FAMILY HISTORY OF COLON CANCER
- CHEST PAIN
- PULMONARY NODULE
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעש/ות : לא

מופנה לרופא מיעץ לקביעת מסלול הטיפול

15/11/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2020 עד תאריך - 14/05/2021

תאריך הדפסה: 16/03/2021

מכבי שירותי בריאות

ד"ר סרגה דן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0056148794



023479

קוד הפניה: 211289016

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דוידוביץ	שם פרטי: רחל	ת.ז.: 14591424
ת.ל.ידה: 26/10/1963	מ.י.נ:	טלפון: 0545687775
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו	מיקוד: 62998	טל.עבודה/נייד: 0545687775

הפניה למכון דימות - C.T

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

בבוקר בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד. במנגנון צדי בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

16/03/2021 נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפרעים השניה והגבלה בכתף שמאל

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

מעש/ת: לא

מדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
CT עמוד השדרה צווארי		L1039

שאלה לרדיולוג:

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
3/09/12/2020 חודשים			Creatinine (B)
3/09/12/2020 חודשים			eGFR

שם הרופא: ד"ר סרגה דן

תאריך: 16/03/2021

ד"ר סרגה דן

אורתופדי מנתח

מ.ר. 23479

מ.ר. 23453

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2021 עד תאריך - 12/09/2021

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 16/03/2021
שעה: 11:47:27



לכבוד
בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
03-7644444 :טלפון

אסותא-רמת החיל תל אביב
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

התחייבות מספר: 210320124

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי דוידוביץ רחל ת.ז. 14591424
חבר ב- מכבי שלי
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
גיל החבר: 57

ת.ז. חבר: התחייבות: תאריך טיפול:



16032021



210320124



014591424

קוד	מס	CPT	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
72127	01	CT	עמוד שדרה צווארי	בנותן שרות	כניסה/טיפול	יציאה	טפולים
1				50601	16/03/2021		1

שוב: תל אביב-יפו מרכז רפואי: השלי"ה השלי"ה
מתאם שרות: טל: 03-5425252 7

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/09/2021

נספח להתחייבות מספר 210320124:

התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה



0056148794



023479

קוד הפניה: 211288641

כתובת: רש"י 30, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דוידוביץ		שם פרטי: רחל		ת.ז.: 14591424	
ת.לידה: 26/10/1963		מין: נ		טלפון: 0545687775		טל. עבודה/נייד: 0545687775	
כתובת: ה" באייר 28, תל אביב - יפו		מיקוד: 62998					

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

כתף - 6862 (ימין)

שאלה למבצע הבדיקה: .

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 02/10/2020 הייתה מעורבת אתמול בת.ד. במנגנון ציד' בדירה לעבודה. מהלילה בחילה, כאבי ראש וצוואר, כתפיים גב

נפגעה בתאונת דרכים בדרכה לעבודה ב- 01/10/20, כאבי צוואר ולאורך יד ימין המפריעים השינה ובגבלה בכתף שמאל

אבחנה:

- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
- PAIN SHOULDER Left
- CERVICALGIA
- RADICULOPATHY Right
- CERVICAL

מעש/ת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/03/2021

תאריך

ד"ר סרנגה דן
אורתופד מנתח
מ.ר. 23479
מ.ר. 23153

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2021 עד תאריך - 12/09/2021

מרכז זימון תורים 1-700-50-35-55