

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.

6.6.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
רמת גן
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: פנחס צ'זנה, ת.ז. 32049199
תאונה מיום 10.2.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

32049199

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
נחום	לוי	32049199
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
	17/12/1974	32049199
עיסוק	מין	זכר
שכיר	☒	☒
מתנדב	☐	נקבה
עצמאי	☐	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
66 נח	5		21	ימ	5227363
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

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

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
10/02/2022	הפגעה בבריאות
שנה	חודש
2022	10
דרכון	החלק

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה:						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט _____ האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____ אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מבוטח בקופ"ח _____ ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
7	3	7

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אותה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ורגליים כמעט אין שיה
קושי נאחץ ה ובריה
קושי דריכוך קולנוע יגניית
כאבים 52 לאחר מות ולעת חלוצי 75
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
לא ☐ כן, פרט: _____

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה
אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע _____
ד"ר אילן פרידמאן ארס רחל ד. ה
טלפון 03-7412357

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 5.6.22 חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

עמוד 5 מתוך 5

32049199

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים		1
תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
190222022	002049199	11
שנה	חודש	יום
שם פרטי	שם משפחה	חבר בקופת חולים
נחמן	נחמן	
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה		2
אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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	חתימת המבוטח *	5.6.22

תאריך: 10/02/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ר"ר רוזנברגר יעקב
טראומטולוגיה



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: צ'זנה

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס



0032049199

ת.ל.ידה: 17/12/1974

מ.י.ז

טלפון: 0549474546

טל.עבודה/נייד: 0549474546

כתובת: ראש פנה 21/5, רמת גן

מיקוד 5227363

מכתב שחרור

תאריך:

10/02/2022

שעת קבלה: 19:05

שעת שחרור: 19:56

סיבת הפניה:

היום נפילה וחבלת שכי שמאל
נפיחות הולכת וגוברת
רגישות רבה והגבלת תנועות
נפיחות דוזלית באזור SB
צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מות
הושם בספיקה
הוסבר שעליו להיות מקובע כ-6 עד 8 שבועות

אבחנות פעילות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

רגישויות לתרופות:

חסר - G6PD

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
10/02/2022	19:14	דופק	95
10/02/2022	19:14	חום	36.9

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
10/02/2022	19:14	אומדן כאב	עוצמה: 8	
10/02/2022	19:14	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
10/02/2022	19:15	מיון ראשוני - TRIAGE		

הפניות:

מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
אחות: קיבוע איבר/ מתלה

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: צ'זנה		שם פרטי: פנחס		ת.ז.: 32049199	
ת.לידה: 17/12/1974		מין: ז		טלפון: 0549474546		טל.עבודה/נייד: 0549474546	
כתובת: ראש פנה 21/5, רמת גן		מיקוד: 5227363		0032049199		0032049199	

מכתב שחרור

טיפולים:

POP-Forearm/hand X 1

תוכנית טיפולית: מנוחה

יד מורמת

נגד כאבים

ביקורת במהלך שבוע הבא אצל אורטופד

למעקב ושקילת מעבר לגבס פלסטי

לתאם תור 03-7614010

ד"ר רוזנברגר יעקב

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד בועד 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.

שים לב! הטיפול לא הסתיים, נא לגשת לאחות להמשך הטיפול.

תאריך: 10/02/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ד"ר רוזנברגר יעקב

טראומטולוגיה



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:



0032049199

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

אישור מחלה

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

ימים.

סה"כ: 3

13/02/2022

עד יום:

11/02/2022

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

ד"ר רוזנברגר יעקב

ח.ר. 27187

ערטופ

10/02/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/בייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 17/12/1974



מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

0032049199

מרכז ארצי לדימות - C.T

קדימות רפואית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/02/2022 עד תאריך - 15/08/2022

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

מיקוד 5227363



0032049199

מרכז ארצי לדימום - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

בביקור בתאריך 10/02/2022 בשעה 19:21:30

היום נפילה וחבלת שכי שמאל

נפיחות הולכת וגוברת

רגישות רבה והגבלת תנועות

נפיחות דוזלית באזור SB

צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מותן הסקפואיד ונרדיוס סטילואיד

הושם בספיקה

הוסבר שעליו להיות מקובע כ-6 עד 8 שבועות

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

הורדת גבס, המטומה נרחבת, רגישות סטילואיד רדיאלי ורגישות ניכרת סקפואיד

חידוש גבס

צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד

CT

ממצאים:

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left

בעיות ידועות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

רגישויות לתרופות:

G6PD - חסר - 01/01/1900

מעשנת: לא

CT שורש כף יד	בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
			L1039

שאלה לרדיולוג:

שבר סקפואיד?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
18/10/2021	4 חודשים		Creatinine (B)
18/10/2021	4 חודשים		eGFR
		0.85	
		104	

שם הרופא: דר אהוד קאופמן

תאריך: 16/02/2022

מ.ר גורם מפנה



080471

3555* :ןול

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

32049199 :.т.т

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

7 : 153

17/12/1974

ת.לידה:



0032049199

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

הפנייה לקבלת התחייבות

C.T

סוג הבדיקה:

גיל החבר: 47.1

32049199 :т.л

הנני מאשר לחבר צ'זנה פנחס

לקבל על חשבון מכבי שירותי בריאות, את הטיפולים שיפורטו להלן:

קוד בדיקה	תאור הטיפול	CT שורש כף יד
732000007		

הפנייה זו מיועדת עבור התחייבות לשירותים אמבולטוריים בלבד.

תאריך: 16/02/2022

שעה: 16:59

15/08/2022

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך:

תתימה וחותמת הרופא

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:



0032049199

מרכז ארצי לדימות - C.T

קדימות רפואית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/02/2022 עד תאריך - 15/08/2022

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 20/02/2022
שעה: 16:59:16



אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

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

התחילבות מספר: 220240199

הנדון: התחילבות בבית חולים

היננו מאשרים כי צ'זנה פנחס ת.ז. 32049199 ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע, על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 47

ת.ז. חבר:	התחילבות:	תאריך טיפול:
 032049199	 220240199	 16022022

מכבי שירותי ברואות

פרטי מבוטח-

פרטי מבטח		שם משפחה: צ'זנה	
שם פרטי: פנחס		ת.ד.: 32049199	
קבלה - 264361106			
תאריך: 16/02/2022		רבעון: 1-2022	
על סך 30.0 שקלים תמורת ביקור ראשון ברבעון קופת חולים מכבי עי			
דר אהוד קאופמן		טלפון: 3555	
הסכום הנייל נגבה עי הרופא המטפל- כנאמן לגביה עבור קופיית מכבי ומועבר לקופיית			

מכת וחותימת הר
כנען לגביה

חתימת המבוטח

חותמת וחתימת הרופא

בואו ללגביה

ד"ר אליהו ורד

מומחית ברפואת המשפחה

מס' רשיון: 35454

כתובת: ההסתדרות 110, חולון

טלפון: 03-6200446

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר/עצמאי
צ'זנה	פנחס	בנצי	32049199	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
רמת גן	ראש פנה	21	5227363	1974
חבר (כל)	מקצוע	טלפון	שם המעביד וכתובתו	מכירות
כ	מכירות	0549474546	ח.ר סטלה בעמ	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
10/02/2022	14:00	נפל במהלך שטיפת הגן		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
יד שמאל				

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

ב-10.02.2022 במהלך העבודה בגן ילדים החליק ונחבל ביד שמאל.
 צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד.
 הופנה לביצוע CT לשלול שבר בסקאפואיד.
 גבס - נמצא במעקב אורתופדי

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Suspected

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 10/02/2022 עד יום: 11/03/2022 (בכלל)

20/02/2022

תאריך הבדיקה

ד"ר אליהו ורד
 מומחית ברפואת משפחה
 מס' רשיון: 35454
 חתימה וחוקמת 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.



080471

קוד הפניה: 266110218

טלפון: *3555

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'דנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 17/12/1974



מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

0032049199

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 10/02/2022 בשעה 19:21:30

היום נפילה וחבלת שכלי שמאל

נפיחות הולכת וגוברת

רגישות רבה והגבלת תנועות

נפיחות דוזלית באזור SB

צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מותן הסקפואיד ונרדיוס סטילואיד

הושם בספיקה

הוסבר שעליו להיות מקובע כ-6 עד 8 שבועות

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

הורדת גבס, המטומה נרחבת, רגישות סטילואיד רדיאלי ורגישות ניכרת סקפואיד

חידוש גבס

צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד

CT

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

8 שבועות

הורדת גבס מפורר, ללא רגישות, טווח מוגבל

צילומים חיבור חלקי

חידוש סד

ממצאים: בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 01/01/1900

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אחרי שבר; שיקום תנועות וחיזוק שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/04/2022 עד תאריך - 01/10/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/04/2022

תאריך

חתימה וחותמת

מכבי קאופמן
דר אהוד קאופמן
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 4227, מ.ר. 80471

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.



035454

קוד הפניה: 256277593

טלפון: 03-6200440

פקס: 03-635-200-446

כתובת: הרפסדרגת 10, תל אביב

ד"ר אליהו ורד

משפחה פנימי ת הכללי

התמחויות:

מומחיות ברפואת המשפחה

שם פרטי: פנחס	שם משפחה: צ'ונה	מספר ת.ז:	032049199
טלפון: 0540474546	מספר ת.ז: 17121574	מספר ת.ז:	0032049199
מיקוד: 5227563	ראש פנה: 215 רמת גן	מספר ת.ז:	

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

תלונות: הפקת טפסים עד פי המנה מאתר מכבי

אבחנה:

• ELECTRONIC PRESCRIPTION

בעיות ידועות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

רגישות לתרופות: 01/01/2020 - 03/01/2020

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: שבר באמה - לאחר גבו

תוקף ההפניה ל-180 יום מתאריך: 06/04/2022 עד תאריך: 03/10/2022

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

06/04/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במקור מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך וחור ראשון לטיפול בתורמים מיוחדים ולדוגמא - רצפת אגן ניקוד לימפתי. טיפולי בית / יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני. נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להפדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מס' רשיון: 80471

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: *3555

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
צ'נה	פנחס	בנצי	32049199	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
רמת גן	ראש פנה			1974
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
0549474546	0549474546			

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

* FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 10/02/2022

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

40 ימים, היינו מיום:

12/03/2022

עד יום: 20/04/2022 (בכלל).

04/04/2022

ותאריך הבדיקה

מוסמך וחותמת הרופא

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 22049199, מרחוב האש נחמה, ר"ג,
ת.ז. מס' 22049199, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או האש נחמה, ר"ג,
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 17/2/22 של
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.

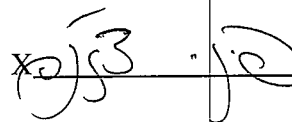
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 1 לחודש 6 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דיו

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>32049199</u>	<u>כחם</u>	<u>כחם</u>	<u>כחם</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
טלפון	מיקוד	עיר	מס'

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: _____ 16.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: _____ X _____

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 14/06/2022 17:55
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME 14/06 17:48
 FAX NO./NAME 6720103
 DURATION 00:07:31
 PAGE(S) 22
 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

6.6.22

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נכות מעבודה
 רמת גן
 באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: פנחס צ'זנה, ת.ז. 32049199
 תאונה מיום 10.2.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בוימונו של מרשי לועדה אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד